SENATE SÉNAT

CANADA

REPORT 2

Mental Health Policies and Programs in Selected Countries

Interim Report of
The Standing Senate Committee On Social Affairs, Science And Technology

The Honourable Michael J.L.Kirby, *Chair*
The Honourable Wilbert Joseph Keon, *Deputy Chair*

November 2004

105-03972/

TABLE OF CONTENTS

TABLE OF CONTENTS i

ORDER OF REFERENCE iv

SENATORS v

INTRODUCTION: INTERNATIONAL COMPARISONS 1

CHAPTER 1: MENTAL HEALTH CARE IN AUSTRALIA 3

1.1 HISTORY AND OVERVIEW 3
1.1.1 General Health Care Provision in Australia 3
1.1.2 The National Mental Health Strategy 5
1.1.2.1 Assessment of the National Mental Health Strategy 7

1.2 COSTS AND FUNDING OF MENTAL HEALTH SERVICES 7

1.3 SERVICE DELIVERY AND ORGANIZATION 10
1.3.1 Accommodation in the Community, Ambulatory Care and NGOs 11
1.3.2 Human Resources 12
1.3.3 Private Sector Mental Health Services 14
1.3.4 Mental Health Service Provision to Indigenous Peoples 15

1.4 ADDICTIONS AND SUBSTANCE ABUSE 16

1.5 PROMOTION AND PREVENTION 17
1.5.1 Suicide Prevention 18

1.6 PROSPECTS FOR FUTURE REFORM 18

1.7 COMMITTEE COMMENTARY 19

CHAPTER 2: MENTAL HEALTH CARE IN NEW ZEALAND 21

2.1 HISTORY AND OVERVIEW 21
2.1.1 Mental Health Strategy 22

2.2 COSTS AND FUNDING OF MENTAL HEALTH SERVICES 25

2.3 SERVICE DELIVERY AND ORGANIZATION 27
2.3.1 Services to Maori 28
2.3.2 Human Resources 30

2.4 PROMOTION AND PREVENTION 32
2.4.1 Project to Counter Stigma and Discrimination Associated with Mental Illness 33

2.5 PROSPECTS FOR FUTURE REFORM 34

2.6 COMMITTEE COMMENTARY 35

CHAPTER 3: MENTAL HEALTH CARE IN ENGLAND 37

3.1 HISTORY AND OVERVIEW 37
3.1.1 Mental Health 39

3.2 COSTS AND FUNDING OF MENTAL HEALTH SERVICES 43

3.3 SERVICE DELIVERY AND ORGANIZATION 45
3.3.1 Human Resources 47
3.3.2 Services to Minorities 48

3.4 PROMOTION AND PREVENTION 48
3.4.1 Countering Stigma and Discrimination 48
3.4.2 Suicide Prevention 50

3.5 PROSPECTS FOR FUTURE REFORM 52

3.6 COMMITTEE COMMENTARY 53

CHAPTER 4: MENTAL HEALTH CARE IN THE UNITED STATES 55

4.1 HISTORY AND OVERVIEW 55
4.1.1 Mental Health 55

4.2 COSTS AND FUNDING OF MENTAL HEALTH SERVICES 58
4.2.1 The Costs of Mental Illness in the United States 58
4.2.2 Publicly Funded Mental Health Insurance 59
4.2.3 Private Mental Health Insurance 60
4.2.3.1 Basic Elements Of Private Mental Health Insurance Coverage 60
4.2.3.2 Organization Of Private Mental Health Coverage 61

4.3 SERVICE DELIVERY AND ORGANIZATION 62
4.3.1 General/Primary Care 64
4.3.2 Specialty Care 64
4.3.3 Human Services 64
4.3.3.1 Employment 64
4.3.3.2 Housing 65
4.3.3.3 Services For Incarcerated People 66
4.3.3.4 Access To Services In Rural Areas 66
4.3.3.5 Services To Minorities 67
4.3.3.6 Services For Children 67

4.4 PROMOTION AND PREVENTION 68
4.4.1 National Strategy for Suicide Prevention 68

4.5 PROSPECTS FOR FUTURE REFORM 70

4.6 COMMITTEE COMMENTARY 74

CHAPTER 5: COMPARING MENTAL HEALTH CARE IN THE FOUR COUNTRIES STUDIED 77

5.1 INTRODUCTION 77

5.2 HISTORY AND OVERVIEW 77

5.3 COSTS AND FUNDING OF MENTAL HEALTH SERVICES 78

5.4 SERVICE DELIVERY AND ORGANIZATION 80
5.5 PROMOTION AND PREVENTION 81
5.6 PROSPECTS FOR FUTURE REFORM 82
5.7 COMMITTEE COMMENTARY 83

APPENDIX A: LIST OF WITNESSES IN THIRD SESSION OF THE 37TH PARLIAMENT (February 2, 2004 – May 23, 2004) I

APPENDIX B: LIST OF WITNESSES IN THE SECOND SESSION OF THE 37TH PARLIAMENT (September 30, 2002 – November 12, 2003) VII

APPENDIX C: LIST OF INDIVIDUALS WHO RESPONDED TO A LETTER FROM THE COMMITTEE ON PRIORITIES FOR ACTION ... XI

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* for Thursday, October 7, 2004:

The Honourable Senator Kirby moved, seconded by the Honourable Losier-Cool:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the Committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

That the papers and evidence received and taken by the Committee on the study of mental health and mental illness in Canada in the Thirty-seventh Parliament be referred to the Committee; and

That the Committee submit its final report no later than December 16, 2005 and that the Committee retain all powers necessary to publicize the findings of the Committee until March 31, 2006.

The question being put on the motion, it was adopted.

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

SENATORS

The following Senators have participated in the study on the state of the health care system of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology:

The Honourable Michael J. L. Kirby, Chair of the Committee
The Honourable Wilbert Joseph Keon, Deputy Chair of the Committee

The Honourable Senators:

Catherine S. Callbeck
Ethel M. Cochrane
Joan Cook
Jane Mary Cordy
Joyce Fairbairn, P.C.
Aurélien Gill
Janis G. Johnson
Marjory LeBreton
Viola Léger
Yves Morin
Lucie Pépin
Brenda Robertson (retired)
Douglas Roche (retired)
Eileen Rossiter (retired)
Marilyn Trenholme Counsell

Ex-officio members of the Committee:

The Honourable Senators: Jack Austin P.C. or (William Rompkey) and Noël A. Kinsella or (Terrance Stratton)

Other Senators who have participated from time to time on this study:
The Honourable Senators Di Nino, Forrestall, Kinsella, Lynch-Staunton, Milne and Murray.

MENTAL HEALTH, MENTAL POLICIES AND PROGRAMS IN SELECTED COUNTRIES

INTRODUCTION: INTERNATIONAL COMPARISONS

This document is the second in a series of four reports by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology as part of its study on mental health, mental illness and addiction. The first report, entitled *Mental Health, Mental Illness and Addiction: Overview of Policies and Programs in Canada*, presents an overview of mental illness and addiction policies and services in Canada. This second report draws some lessons for mental health reform in Canada from descriptions of the mental health policies and programs in four selected countries. Together, the first and second reports provide background material that was used in the preparation of *Mental Health, Mental Illness and Addiction: Issues and Options in Canada*, the Committee's third report. The third report outlines the major issues facing the provision of mental health services and addiction treatment in Canada and presents potential policy options to address some of these issues. In the fourth and last report, which will be released in November 2005, the Committee will detail its recommendations for reform.

In the course of its two-year study of the acute care sector in Canada, the Committee recognized the importance in the health policy field of looking beyond the borders of one's own country. In fact, it devoted an entire volume of its six-volume study of Medicare to examining the experience of a variety of countries in order to glean lessons that could be applied in the Canadian context. Given Canada's relative backwardness in developing a national strategy to foster mental health and treat mental illness, it was evident to the Committee that international comparisons could provide a valuable reference point and a source of policy inspiration for the Committee's current investigation.

Due to each country's unique circumstances, there are important limits to the comparability of experience from one country to another. The complexity of health care systems, both in terms of funding arrangements and service delivery mechanisms, as well as their inextricable connections to the history, politics and culture of each nation, mean that it is never possible simply to transpose measures from one jurisdiction to another. The common nature of many of the issues confronting health care policy makers and practitioners throughout the industrialized world means, however, that there is much that can be gained from careful study of both the successes and failures elsewhere in the world.

Moreover, a comparative framework can be extremely useful in highlighting common dilemmas and challenges. It can help suggest questions for further study, point to issues that need to be discussed and offer policy options for action. In this spirit, this volume of the Committee's report is structured around four country studies (Australia, New Zealand,

England and the United States), followed by a chapter that synthesizes some of the key lessons for Canada.

Each of the country studies covers the same basic topics, although the specific details that are examined necessarily vary according to the particular experience of each country and depending on the documentation that was available. The Committee was greatly assisted by the testimony by videoconference of leading experts and policy makers from each of the countries it examined, and wishes to thank them for their help. In conducting this comparison, the Committee did not have the resources to do extensive field research and therefore relied on material that was readily available on the Internet or from the collections of the Library of Parliament.

With regard to substance abuse and addiction, testimony that was heard is referred to wherever possible. However, the Committee recognizes that it would require considerably more research into the policies and programs of each country before it could undertake a meaningful international comparison on this subject.

As best we could tell, there is no existing international comparison of mental health policy and practice available that takes into account the most recent developments in the countries that are studied as the Committee does in the chapters that follow. This part of the Committee's report may therefore also be of help to policy makers elsewhere who are examining the state of their mental health system. The Committee was guided in its choice of countries by recommendations from experts and practitioners, as well as by the need to select countries whose health care systems were broadly comparable to Canada's. The fact that two of the countries have federal systems (Australia and the United States) while two do not (New Zealand and the United Kingdom) provides an additional element of comparison.

CHAPTER 1:
MENTAL HEALTH CARE IN AUSTRALIA[1]

1.1 HISTORY AND OVERVIEW

1.1.1 General Health Care Provision in Australia

Like Canada, Australia has a federal system of government and health care is a shared responsibility between the national (or Commonwealth) government and sub-national governments (six States and two Territories). However, in Australia the Commonwealth government has a stronger role in health care than is the case in Canada. In particular, States and Territories in Australia are more dependent on the Commonwealth government for health care funding than are provincial governments in Canada. As in Canada, local governments (municipalities) in Australia play a relatively small role in health care.

The Commonwealth government is responsible for public policy making at the national level in the fields of public health, research and national health information management. It operates "Medicare", the national, publicly-funded health care insurance plan and regulates the private health care insurance industry. It also finances and regulates residential aged care (nursing homes) and, jointly with States and Territories, it funds and administers some community-based care and home care. Commonwealth funding for health care is derived from general taxation plus a dedicated health care levy of 1.5% on taxable income.

The State and Territory governments have primary responsibility for the management and delivery of publicly insured health services within their jurisdiction. They deliver public acute and psychiatric hospital services and a wide range of community and public health services including school health, dental care, maternal and child health. State and Territory governments are also responsible for the regulation of health care providers as well as for the licensing and approval of private hospitals. Health care funding by States and Territories is derived mostly from grants from the Commonwealth government, as well as from general taxation and user charges.

Medicare in Australia provides universal coverage to all citizens. Public health care insurance is broader in Australia than in Canada as it covers physicians, hospitals, prescription drugs and some community-based care and home care. In contrast to Canada, however, user

---

[1] Unless otherwise indicated, the information in this chapter is drawn from the following: Commonwealth Department of Health and Ageing (2002) National Mental Health Report 2002: Seventh Report. Changes in Australia's Mental Health Services under the First Two Years of the Second National Mental Health Plan 1998-2000; Australian Health Ministers, National Mental Health Plan 2003–2008; Thornicroft, G. and V. Betts 2002, International Mid-Term Review of the Second National Mental Health Plan for Australia; Whiteford, Harvey, Ian Thompson and Dermot Casey, "The Australian Mental Health System," International Journal of Law and Psychiatry, Vol. 23, No. 3-4, 2000; Whiteford, Harvey, Bill Buckingham and Ronald Manderscheid, "Australia's National Mental Health Strategy," British Journal of Psychiatry (2002) 180; Groom, Grace, Ian Hickie and Tracey Davenport 'Out of Hospital, Out of Mind!' April 2003; SANE Mental Health Report 2002-03, SANE Australia; The Mental Health Council of Australia, Promoting the mental health of all Australians, a 2001 Federal Election Submission.

charges may be required for publicly insured health services and extra-billing by doctors above the scheduled fee is permitted. More specifically, Australian Medicare is made of three main components:

- The Medical Benefits Scheme (MBS) ensures access to physician services (outside of hospitals). The MBS lists a wide range of physician services and stipulates the fee applicable to each item (the "scheduled fee"), but only reimburses 85% of the doctors' scheduled fee. However, physicians are permitted to charge above the "scheduled fee."
- The Australian Health Care Arrangements (AHCAs) provide the basis for funding by the Commonwealth government to the States and Territories for hospital services. Funding by the Commonwealth government takes the form of annual block grants whose amounts are negotiated in five-year agreements with the States and Territories, who in return agree not to allow user charges for public hospital services.
- The Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS), which is based on a national drug formulary, subsidises access to drugs prescribed outside of public hospital, with consumers making a co-payment on each prescription, subject to annual thresholds, which once reached lead to further reductions in the amount each individual pays.

As in Canada, some 70% of health care spending is financed by the public sector (46% by the Commonwealth government and 24% by State and Territory governments) and 30% by the private sector. The Commonwealth government is empowered under the constitution to collect income taxes and finances a greater proportion of Australian health care than does the federal government in Canada. It is the primary public insurer of prescription drugs and physician services and funds some 50% of hospital expenditures.

The states, and to a minor extent local governments, are responsible for the bulk of outlays. About 25% of State and Territory government budgets are allocated to health care and about 69% of those funds go to public hospitals. State government funding for health care comes from two main sources: first, Commonwealth general revenue and specific purpose grants, and second, the state general revenue base. The Commonwealth funds the states through block grants for health, which increasingly are tied to certain conditions, and through untied GST (Goods and Services Tax) payments.

In contrast to Canada, private health care insurance in Australia both complements and competes with Medicare. Private insurers may cover the same benefits as under the public plan and Australians can supplement their Medicare benefits through private health care insurance, but they cannot opt out of the publicly-funded system since they continue to pay their taxes. Private health insurance in Australia is fully community rated, meaning that there is no premium discrimination against people by virtue of age, sex, state of health or potential health risk.

On the delivery side, there are a small number of private for-profit hospitals built and managed by private firms providing public hospital services under arrangements with State/Territory governments. However, most acute care beds and emergency outpatient

clinics are in public hospitals. Private hospitals tend to provide less complex non-emergency care, such as simple elective surgery.

As Mr. Dermot Casey, Assistant Secretary, Health and Priorities and Suicide Prevention, for the Department of Health and Ageing, Government of Australia, told the Committee during his testimony by videoconference:

> *We think the private sector is an integral part of our health care system. The government's policy is such that people have choices in terms of where they receive their health care. [...] We are trying to encourage all states and territories to have private facilities available because the government's policy is one system, multiple choice.*

1.1.2 The National Mental Health Strategy

The mental health of the Australian community has been a priority of Australian Commonwealth, State and Territory governments since 1992. Australia has benefited from a consistent political bipartisan approach to mental health reform during this time that has enabled it to set international benchmarks with regard to the design and implementation of national goals with respect to mental health and mental illness.

The National Mental Health Policy was adopted by all Australian states, territories and the Federal government in April 1992. The Policy, implemented through a series of 5-year National Mental Health Plans, became known as the National Mental Health Strategy.

This Strategy represented the first attempt to coordinate nationally the development of public mental health services. As in other Western nations, rapid reduction in psychiatric beds within Australia's public mental health system began during the mid 1960s. As elsewhere, the move to 'deinstitutionalization' in Australia was driven by a combination of new drug treatments, clinical practice developments and the emergence of the human rights movement that advocated the abolition of systems that isolated people with disabilities from the mainstream community.

Estimates suggest that Australia reached a peak of approximately 30,000 psychiatric beds in the early 1960s, a time when the population was about half of its current size.[2] During this period the isolation and custody of people with mental illnesses dominated the treatment culture and many beds were located in rural asylums, far from families and social networks. Overcrowding in these facilities was widespread, with wards built to cater for 25 people often housing up to 100 patients. However, the reduction in size of hospitals that began in the 1960s occurred in a policy environment that did not provide safeguards to ensure that alternative community services were developed to replace the functions of the shrinking institutions.

The National Mental Health Strategy was conceived in part to respond to this legacy created by extensive bed reductions and attempted to set a coherent direction that would guide future reform. The Strategy was agreed to by all Australian Health Ministers in 1992 and

---

[2] As of July 2004, the population of Australia was estimated to be 19,913,000.

established a collaborative framework between all levels of government to pursue 12 agreed priority areas over a five-year period under the First National Mental Health Plan (1993–1998), including the following:

- Expanding the proportion of acute psychiatric inpatient care provided in general hospitals rather than separate psychiatric hospitals;
- Including integrated mental health services within the mainstream organizational arrangements for general health services;
- Ensuring that each State, Territory and area/region had a plan for the mix of services available to its population;
- Reducing the size of, or closing, existing psychiatric hospitals and at the same time providing sufficient alternative acute hospital, accommodation and community based services;
- Increasing the number and range of community based supported accommodation services and ensuring an adequate range of services to meet consumer needs.

Another impetus for the introduction of the National Mental Health Plan was pressure exerted on the Commonwealth Government by the State and Territories, as Mr. Casey explained to the Committee:

> *It was interesting that the drive for change in Australia really came from the states and territories lobbying the federal government to take a role and become involved in mental health care. [...] The argument was put that the federal government is incurring large levels of expenses but has no control upstream in terms of improving our response to mental health. That was in the late 1980s and early 1990s.*

The first plan was followed by The Second National Mental Health Plan, endorsed by all Australian Health Ministers in July 1998. It provided a second five-year (1998–2003) framework for activity at the national and State and Territory levels, building upon the achievements of the National Mental Health Policy and the First National Mental Health Plan. The essence of the Second Plan was to consolidate existing reforms and extend into additional areas of reform with a strong emphasis on population health issues and interventions.

Three additional priority themes emerged from the Second Plan:

- promotion and prevention;
- partnerships in service reform and delivery; and
- quality and effectiveness.

A third plan has recently been adopted. Its provisions will be outlined in the penultimate section of this chapter.

1.1.2.1 Assessment of the National Mental Health Strategy

An assessment conducted by international experts mid-way through the second plan concluded that the National Mental Health Strategy and its First and Second National Mental Health Plans reflected "exemplary mental health policy leadership that have produced significant achievements in mental health at all levels throughout Australia." Among the chief accomplishments highlighted by the international consultants were "the integration of mental health assessments and interventions in mainstream health delivery and the authentic inclusion of consumers and carers in mental health policy development at every level."

According to the international review, Australia, in many ways, "leads the world in mental health promotion, mental illness prevention, early intervention initiatives, and stigma reduction," setting "a standard for other nations in what can and should be done as a national policy initiative" and demonstrating how federal and state governments can agree through policy documents to address difficult social and health concerns. The international review suggested that "no other nation on earth has taken the time to focus its intellectual and political capital to develop such an extensive, measurable plan" and that "the Australian National Mental Health Strategy and the First and Second National Mental Health Plans are international exemplars for mental health policy," having captured the attention and imagination of the world.

Nonetheless, according to the Mental Health Council of Australia, the leading non-governmental advocacy group in mental health in Australia, in 1997 only 38% of people suffering from a mental disorder accessed mental health services. The Council notes that, despite the positive developments associated with the Mental Health Strategy, there remains widespread dissatisfaction with many aspects of mental health services in Australia.

1.2 COSTS AND FUNDING OF MENTAL HEALTH SERVICES

In 1999-2000, total spending on mental health services[3] by third party funders (Commonwealth and State/Territory governments as well as private insurers) was A$2.6 billion,[4] which represented approximately 6.6% of total gross recurrent expenditure on health services. Of this amount, the States/Territories spent A$1.6 billion or 60.8% of the

---

[3] Estimates of spending given here are drawn from the *National Mental Health Report (2002)* and only cover the provision of 'specialized mental health services'. This excludes a wide range of services needed by people affected by mental illness, such as general hospital and medical services, housing, income security, employment and training and general community support programs. The report notes that international comparisons of Australia's mental health spending as a share of total health expenditure are not reliable because different approaches are used in counting mental health expenditure. For example, some countries include amounts that are specifically excluded in Australian estimates such as drug and alcohol services, intellectual disability services, dementia care or housing and income security payments for mental health consumers.

[4] As of 9 August 2004, the Australian dollar was worth just over 94 cents Canadian.

total, the Commonwealth government A$884M or 34.5% of the total, and private health funds A$120M, or 4.7% of the total.

Total recurrent spending on mental health services by the major funding authorities has increased by 44% over the course of the National Mental Health Strategy (1993-2000) when measured in constant 2000 prices. Total expenditure on health services increased by 42% over the same period, meaning that mental health has increased its position in terms of relative spending, but not significantly.

While the percentage of total health spending devoted to mental health services and related activity has remained relatively stable over the course of the National Mental Health Strategy, significant growth in Commonwealth outlays increased its share of total national spending on mental health from 27% in 1992-93 to 35% in 1999-2000. The main driver of this increase, accounting for 68% of increased Commonwealth spending, was growth in the costs of psychiatric drugs provided through the Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS). Expenditure on psychiatric drugs has increased by 402% since 1992-93, nearly four times the rate of growth in overall PBS expenditure (105%) over the period.

The Australian Institute of Health and Welfare estimates that mental disorders accounted for approximately 30% of the non-fatal disease burden in 1996 and for 27% of years lost to disability. Lost productivity arising from mental health disorders is estimated to cost A$5 billion per year. People with mental disorders in Australia have five times the average number of workdays lost per year compared to those with physical disorders, and they account for an estimated 70 million work and school days lost each year.

From the inception of the original National Mental Health Policy, an issue of concern was to ensure that savings that resulted from the planned downsizing of stand alone psychiatric hospitals would be redirected back to new service development. All levels of government made a commitment to some form of budget protection so that such savings plus the benefits of additional funds provided under the National Mental Health Strategy would not be negated by a concurrent reduction in State and Territory funding. Specifically, the agreement between governments to protect mental health resources had two components:

- a commitment to maintaining the level of expenditure on mental health services; and
- a commitment to reinvest any resources released from closure or rationalisation of services back into mental health programs.

In this regard, Mr. Casey told the Committee that efforts to protect mental health spending had been successful, to the point that they were no longer needed:

> *In fact, one of fears of the federal government 10 years ago was that if we were to give money for mental health, then the states and territories would simply take it and spend it somewhere else. We had an agreement with them that they would maintain their level of funding if the federal government added to the pie. We actually tracked the dollars and the states and territories had to report to a system of monitoring expenditure.*

> *We do not need that system now, 10 years later, because governments, realizing how important this is at a jurisdictional level, would not use the money for something else because it has become such a political issue in the communities.*

The impact of the changes brought about during the period following the adoption of the Mental Health Strategy was to reduce Australia's reliance on institutional care, to strengthen community care alternatives and begin to address the inadequacies of mental health service systems that had been identified in numerous inquiries over the preceding decade. Over the first five years of the Strategy:

- spending on community services grew by 87% in real terms;
- resources released from institutional downsizing were re-invested in alternative services and provided approximately half of the additional funds used to expand community services.

From 1998-2000 expenditure on separate psychiatric hospitals were reduced by a further 13% so that by 1999-2000, stand alone hospitals accounted for only 23% of total service expenditure (compared to 49% in 1992-93). Moreover, spending on community based services increased by an additional 16% during this period, taking the total increase in expenditure on these services, since the commencement of the Strategy, to 117%. Approximately three quarters of the growth since the commencement of the Strategy has been directed to ambulatory care services,[5] so that by 1999-2000, 49% of total spending on mental health services was directed to community based services compared with 29% at the beginning of the Strategy.

The Seventh *National Mental Health Report* (2002) issued by the Commonwealth Department of Health and Ageing drew the following conclusions from its analysis of mental health spending trends since the commencement of the Strategy:

- The commitments made by all governments to protect mental health resources during a period of rapid change have been met. Total annual government expenditure on mental health has increased by 46% in real terms since 1992-93. Average annual growth in mental health expenditure has continued to increase under the Second National Mental Health Plan.
- Australia now spends $778 million more of public funds on mental health services – or $33 more per person per year – than it did at the commencement of the Strategy. Much of this increase has gone to expanding community services.
- Growth in mental health spending has simply mirrored overall health expenditure trends. Although significant in real terms, the implication is that mental health has maintained its 'share' of the total health dollar but not significantly increased its position.

---

[5] Ambulatory care refers to all mental health services dedicated to the assessment, treatment, rehabilitation or care of non admitted inpatients.

- Commonwealth grants to States and Territories under the National Mental Health Strategy represent only 3% of annual State and Territory mental health spending but have acted as a stimulus in generating funding for new services and guiding the overall reform process. The collaborative foundation of the Strategy appears to have been successful in preventing the cost shifting that is the concern of many Commonwealth-State partnership initiatives.

Concerns have nonetheless been expressed by some that despite the success of the National Mental Health Strategy in increasing and redirecting expenditures on mental health services in Australia, there are still too few resources being devoted to the sector. For example, some mental health advocates claim that at 6.6% of total health spending, the level of spending on mental health in Australia remains below that of comparable countries, including New Zealand, the United Kingdom and Canada.

1.3 SERVICE DELIVERY AND ORGANIZATION

Services for people with mental illness in Australia are provided through a range of programs. In the public sector, the typical specialized mental health service delivery model involves services being provided for a defined catchment population, with the service integrated across hospital and community settings. Inpatient services are provided in general hospitals and in separate psychiatric hospitals. Community-based services comprise a range of service types, including clinic-based, mobile follow-up and treatment, and mobile crisis response services. Case management is often used to coordinate services provided in different settings. Housing, disability support, employment, and income security services are funded under other government programs. State and Territory governments continue to play the largest role in specialized mental health service delivery, as they are primarily responsible, either directly or indirectly, for the delivery and management of most services.

Substantial change in both the level and mix of inpatient services have occurred since the implementation of the National Mental Health Strategy. At the commencement of the Strategy in 1992:

- 73% of specialist psychiatric beds were located in stand alone institutions;
- only 29% of mental health resources were directed toward community based care;
- stand alone hospitals consumed half of the total mental health spending by States and Territories;
- and less than 2% of resources were allocated to non government programs aimed at supporting people in the community.

By June 2000, the total number of psychiatric beds available in the public sector had been reduced by 25% (1,991 bed reduction). When the Strategy began, only 55% of acute psychiatric beds were located in general hospitals. This had increased to 73% by the close of the First National Mental Health Plan in 1998. By June 2000, fully 80% of acute psychiatric beds were located in general hospitals as a result of the ongoing reduction in stand alone

acute services and a 13% increase (330 beds) in general hospital acute services. Over the life of the Strategy, the number of acute psychiatric beds located in general hospitals has increased by 51% or 990 beds.

The National Mental Health Strategy does not stipulate an optimum level or mix of inpatient services. Instead, the Strategy recognizes the different histories and circumstances of each jurisdiction and the need for plans to be based on an analysis of local population needs. The final balance of services may therefore differ substantially between the States and Territories. Early National Mental Health Reports noted a convergence between the States and Territories for an acute psychiatric bed provision level of around 20 beds per 100,000 population. Similar consensus on provision of non acute beds has not yet emerged.

1.3.1 Accommodation in the Community, Ambulatory Care and NGOs

The monitoring of community accommodation under the National Strategy has focused mainly on the extent to which each State and Territory has developed alternative community residential services staffed on a 24-hour basis. Units of this type, known variously as 'community care units', or 'psychiatric hostels', were proposed to replace the functions traditionally performed by long stay asylum beds located in psychiatric hospitals. By June 2000, a total of 1,382 24-hour staffed beds were available, a 68% increase above the June 1993 level.

At the national aggregate level, however, the growth in 24-hour staffed residential services (558 beds) is equivalent to only about a quarter of the reduction in long stay beds in psychiatric hospitals (2,285 beds). Development of community residential services has thus been patchy, with substantial variation between jurisdictions, and no consensus has emerged between the States and Territories on planning benchmarks for provision of specialized community residential services. Lack of development of such services by most jurisdictions has been identified as a significant issue in relation to the commitment by all States and Territories to develop a full range of community services to replace the historical functions of the stand alone psychiatric hospitals. In this regard, Mr. Casey told the Committee:

> *Yes, we have had some major reforms in relation to the service system. However, what we have not been able to do very well yet is to provide the employment responses, the housing responses and the social care models that ensure people who are living with a mental illness — and I think that is the term we use now, it is not something that will be cured, necessarily — are able to do so with the maximum social interaction and social participation that in itself will help to keep them stable and will help towards recovery. Medical treatment alone will not be an adequate response for people with mental health problems.*

Ambulatory care services refer to all mental health services dedicated to the assessment, treatment, rehabilitation or care of non admitted inpatients. The category comprises outpatient clinics (hospital and clinic based), mobile assessment and treatment teams, day programs and other services dedicated to the assessment, treatment, rehabilitation and care of people affected by mental illness or psychiatric disability who live in the community. By

1999-2000, the size of the clinical workforce engaged in the delivery of ambulatory mental health care was 90% greater than the pre-Strategy baseline year, equivalent to approximately 3,000 additional workers.

The National Mental Health Strategy also envisaged that a key role would be played by not-for-profit non government organizations (NGOs) in providing support services to consumers and carers whose lives are affected by mental illness. A wide range of services is provided by the sector including home-based outreach to support people living in their own homes, residential rehabilitation units, recreational programs, self help and mutual support groups, carer respite services and system-wide advocacy.

The first National Mental Health Report described funding to non government organizations as limited, and the services needed to support the carers of people with mental disorders as poorly developed at the beginning of the Strategy. Moderate improvement in the funding base occurred over the 1993-98 period with the sector increasing its share of annual mental health expenditure from 2% to 5%. By 1999-2000 this figure had increased to 5.4%.

The role played by non government organizations varies across the jurisdictions, reflecting differences in the way in which services are organized and delivered. Increasingly, in some jurisdictions, services provided by NGO's substitute for those formerly provided by 'government sector' or clinical services. For example, the State of Victoria has expanded its not-for-profit non government sector as a key provider of psychosocial rehabilitation programs, many of which were previously confined to clinical services, as well as funding new types of psychiatric disability support services. National consensus on desirable service models for developing the sector has not emerged under the National Mental Health Strategy.

1.3.2 Human Resources

Australia's current mental health workforce predominantly consists of general practitioners, psychiatrists, mental health nurses, occupational therapists, psychologists, social workers and others. The clinical workforce employed in public sector mental health services is estimated to have increased by 15% over the course of the Strategy, equivalent to approximately 2,100 additional staff. Fifty percent of the growth occurred under the Second National Mental Health Plan.

Accompanying the growth in numbers have been changes in both the settings in which people are employed and the staffing mix. A greater proportion of clinical staff is now working outside of hospitals and providing treatment in a range of community settings. Similarly, clinical workers in 1999-2000 accounted for a higher percentage of the total workforce (79%) than at the beginning of the Strategy (estimated 70%). This change has occurred as services are mainstreamed and moved to a community based focus. Since the commencement of the Strategy:

- Total staffing in inpatient services have decreased by 14% and accounted for 53% of the total staff in 1999-2000 compared with 71% in 1992-93;

- Combined staffing in ambulatory care and residential services has grown by 87% and accounted for 47% of the service delivery workforce in 1999-2000 compared with 29% in 1992-93;
- Medical staff have increased by 27% and made up 11% of the clinical workforce in 1999-2000;
- Allied Health staff – Psychologists, Social Workers and Occupational Therapists and other categories of therapists – have increased by 55%, accounting for 21% of the total in 1999-2000; and
- Nursing staff numbers have increased by 7% and represented 65% of the total 1999-2000 clinical workforce.

At the same time, workforce shortages have been reported by all jurisdictions and are particularly critical in nursing, affecting both the quantity and quality of care. Reports indicate that retention rates are decreasing across all disciplines of the mental health workforce, and the number of new graduates may not be sufficient to meet the burden of mental illness.

Moreover, inequities continue between the States and Territories in the availability of mental health professionals employed in the public sector. In particular, jurisdictions with significant rural areas to service have experienced difficulty in recruiting sufficient numbers of skilled staff. There are few standards to guide States and Territories in planning their workforce requirements and many challenges remain. For example:

- In terms of the nursing workforce, the overall nursing complement appears to be too limited to fill even current posts. The future is even more daunting as nursing is an ageing work force without sufficient new recruits, while the current strategy of the States and Territories appears to be to poach from each other's limited personnel pools.
- The medical psychiatric workforce is poorly distributed and largely sited in the metropolitan areas (86.1% of psychiatrists were located in capital cities, 5.4% in major urban areas, 4.9% in large rural centres, and 3.5% in other rural and remote locations).
- Psychologists are, by international standards, relatively few within State and Territory mental health services, and too often work as generic case managers. Psychologists' expertise is often unnecessarily diluted by their work as case managers at a time when increasing evidence supports the effectiveness of cognitive behavioural interventions for depression, anxiety-related and psychotic disorders.

Mr. Casey indicated to the Committee that the Australian government had introduced measures designed to facilitate the delivery of care to people living with mental illness by primary care physicians. In particular, he described a program introduced by the federal government three years ago that rewards general practitioners financially for spending more time with people with mental health problems. He explained that this program,

> *...gives [general practitioners] access to referral to psychologists as an essential part of the mental health treatment team, and it also improves their education and training and provides them with emergency consultation services so that they do not feel they are left to deal with the problem alone if they engage with their patients' mental health problems. We have been told that if you are a GP and someone comes into your consulting room and you think they have a mental health problem, you keep quiet, because if you open the dialogue, you will still be there 20 or 30 minutes later, and of course, fee for service is the treatment model. We have encouraged them by saying that if it will take 20 minutes, we will pay them extra for taking the time. Currently, about 15 per cent of our GP workforce has enrolled in this program. We have about 3,500 GPs who are now enrolled in this program and recognize themselves as people who can offer slightly more and better mental health care. That is a new program.*

1.3.3 Private Sector Mental Health Services

Strengthening the complementary roles of public and private sector mental health services emerged as a priority under the Second National Mental Health Plan. A range of mental health care services are provided by the private sector including services provided by psychiatrists in private practice funded through the Commonwealth Medicare Benefits Schedule, and hospital and community-based services provided by private hospitals, for which private health insurance funds pay benefits.

Private sector services also include limited services provided in general hospital settings and services provided by general practitioners and by other allied health professionals. Private psychiatric hospitals provide services predominantly by way of inpatient care. This reflects both the history of mental health services in Australia and the predominant way in which health insurance funds pay benefits for mental health care.

The private sector thus plays a key role in overall service delivery. By 1999-2000, the sector:

- provided 21% of total psychiatric beds (rising from 14% in 1992-93 as a result of a growth in the number of private beds combined with the reduction in the number available in the public sector);
- employed an estimated 12% of the national mental health workforce; and
- treated an estimated 50-60% of all people seen by the specialist mental health sector.

In this regard, Mr. Casey explained to the Committee that:

> *Our private sector is very complicated, but it does treat a pretty large proportion of the population, and the overall private sector, psychiatrists, GPs, and the private hospital providers, have all become part of the National Mental Health Strategy. It is not just a public sector strategy.*

There has been substantial growth in the private psychiatric hospital sector over the course of the National Mental Health Strategy. The number of hospital providers has increased by 36%, total inpatient bed capacity has grown by 28% and revenue by 48% between 1992-93 and 1999-2000. Alongside these changes the sector has shifted its overall pattern of care to one of providing a significantly greater proportion of services to its consumers on a same day care basis. Same day admissions have increased from 39% of total admissions in 1992-93 to 69% in 1999-2000. Estimated total revenue in 1999-2000 for private sector psychiatric units was $168.2 million, an increase in constant price terms of 48% since 1992-93.

Although 1.47% of Australians see a private psychiatrist at least once a year, access is uneven due to the concentration of providers in the capital cities, particularly Melbourne, Adelaide and Sydney. Little change in the distribution of services has occurred since the commencement of the National Mental Health Strategy.

1.3.4 Mental Health Service Provision to Indigenous Peoples

Ms. Jenny Hefford, Assistant Secretary, Drug Strategy Branch, Department of Health and Ageing, Government of Australia, told the Committee that Indigenous people have lower health ratings than non-indigenous Australians, and that their average life expectancy is some 20 years lower than for a non-indigenous Australian. She indicated that:

> *Indigenous people fare far worse in our system in terms of all substance use. Prevalence rates for smoking, for example, are far higher among indigenous Australians than among non-indigenous Australians. Substance abuse issues, particularly with alcohol and petrol sniffing, are extreme in some indigenous communities.*

Several reports have noted that the current delivery of mental health services for Indigenous people is not sufficiently tailored to the cultural specificities of these communities. The following have been identified among the reasons for this lack of cultural appropriateness:

- health professionals' lack of knowledge and understanding of Indigenous perspectives and cultures;
- an insufficient appreciation of the different ways in which Indigenous peoples conceptualize and define illness and health;
- a limited understanding of the nature and scope of mental health needs within Indigenous communities;
- a lack of consultation by Governments and medical professionals with Indigenous Australians;
- a lack of education and training for service providers.

Mr. Casey told the Committee that attitudes were evolving and that there was growing recognition that "Indigenous people have a lot to offer us in understanding the relationship between how you experience your world from your psychological and your social

perspective, and what implications that has for how you physically can live your life in terms of a sense of wellness."

1.4 ADDICTIONS AND SUBSTANCE ABUSE

Ms. Hefford told the Committee that "addiction/substance abuse issues are dealt with within our public health area and regarded as public health issues," rather than as mental health issues exclusively. She explained that the Australian approach relied on three pillars: (1) supply reduction, which involves using border controls as well as working to close down clandestine drug laboratories in order to remove the product from the streets; (2) demand reduction, which employs school-based drug education and government-run campaigns; and (3) harm reduction, which encompasses treatment services and diversion programs for young people, designed to keep them out of the criminal justice system.

She further indicated that the acute health care sector, and in particular the hospital sector, has only a very limited role. It provides detox programs and deals with situations such as overdose deaths, where things have gone badly wrong. The primary care sector, for its part, is largely focused on managing opiate dependency. General practitioners prescribe methadone and pharmacists administer methadone-type programs, for the 30,000 Australians currently in methadone programs.

Ms Hefford noted that "as many as 60 per cent or 70 per cent of clients of drug and alcohol treatment services have an underlying or undiagnosed mental health disorder." She concluded that despite still not reaching as many people as they would like, that much had improved in recent years. One of the things she pointed to in particular was the more collaborative approach that now prevailed across sectors and through various levels of government. She told the Committee:

> *We now have a strategy into which the federal government has put $1 billion over the last five or six years, and it involves health, law enforcement, education and customs at a federal, state and local level. We think that we are actually getting better at working through the issues because we have this cross-disciplinary, cross-sector approach. That means, for example, that we have been able to introduce early diversion programs for young people who are identified by the police as in possession of cannabis or small amounts of other drugs, and who are given the opportunity to choose not to have a sentence of any kind recorded but to go into assessment and treatment. Some of those things have been very successful. We have had between 30,000 and 40,000 young people diverted out of the judicial system and into treatment through that sort of process.*

1.5 PROMOTION AND PREVENTION

In general, a variety of mental health promotion and illness prevention initiatives have been pursued in Australia in the course of, and parallel to, the implementation of the National Mental Health Strategy.

Mr. Casey explained to the Committee that the adoption of a broader "whole population approach" to mental health issues led to carrying out large-scale mental health literacy campaigns throughout the community. In particular, in the mid-1990s a major television, cinema and newspaper advertising campaign was undertaken with the sole objective of making people aware there were mental health problems. This was followed by more focused initiatives, including a mental health promotion program for high schools, nearly 70 per cent of whom are now running the program.

As well, a separate, not-for-profit, private company funded by government, was established in October 2000 with the objective of promoting a better understanding of depression. Called "*beyondblue*", it works in partnership with health services, schools, workplaces, universities, media and community organisations, as well as people living with depression, to bring together their expertise around depression. In the annual report for 2002-2003 the Chairman of *beyondblue*, the Hon. Jeff Kennett wrote:

> *In 2000, when* beyondblue *started out, few people were willing to speak in public about depression and their experiences, media coverage was often negative, barriers in insurance and employment were considerable and there was no national voice or advocacy service for those whose lives were affected. Australian general practitioners were not rewarded directly for providing better services and no systems for improving access to non-drug treatments were available. While we still have many challenges in front of us, in 2003 we can report that major advances in all these areas have now been achieved.*

Another initiative that was undertaken was the National Media Strategy, where the government worked directly with the media to promote more positive messages about mental health and suicide prevention. The media strategy operates in journalism schools and universities, where journalists are taught how they should approach these issues when reporting them to the community so as not to stigmatize people living with mental illnesses.

Mr. Casey indicated that these various initiatives had helped improve "mental health literacy in the Australian population by about 10 percentage points since 1996." He also told the Committee that:

> *our hospital contact data and our health service contact data show that there is a greater proportion of the population seeking care than was the case when we did our epidemiology study. We would conclude from that that they are now at least more prepared to seek treatment — and of course there are many effective treatments.*

1.5.1 Suicide Prevention

Australia also has in place a framework for prevention of suicide and self-harm. Called *Living Is For Everyone* (LIFE), it is concerned with suicide in all age groups, with a particular focus on young people and young adults, for whom the loss of life years and potential is so great.

The LIFE Framework has four broad goals:

- Reduce deaths by suicide across all age groups in the Australian population, and reduce suicidal thinking, suicidal behaviour, and the injury and self-harm that result.
- Enhance resilience and resourcefulness, respect, interconnectedness and mental health in young people, families and communities, and reduce the prevalence of risk factors for suicide.
- Increase support available to individuals, families and communities affected by suicide or suicidal behaviours.
- To provide a whole of community approach to suicide prevention and to extend and enhance public understanding of suicide and its causes.

1.6 PROSPECTS FOR FUTURE REFORM

As noted earlier, a new National Mental Health Plan that builds on the work of the two previous plans has been adopted for the period 2003–2008. It acknowledges the complexity of the reform process and notes that while the first ten years of reform have seen an impressive start in terms of policy, there is still much to be achieved in terms of implementation. This conclusion echoes the concerns of advocacy groups who feared that the Mental Health Strategy was in the process of "losing momentum and faltering."[6]

The goal of the National Mental Health Plan 2003–2008 is to consolidate the achievements of the First and Second Plans, address the gaps identified in both, and take the National Mental Health Strategy forward with restated and new directions. The Plan explicitly adopts a population health framework that recognizes that health and illness result from the complex interplay of biological, psychological, social, environmental and economic factors at all levels – individual, family, community, national and global.

A number of key principles that underpin the reform process are enumerated in the plan, including:

- All people in need of mental health care should have access to timely and effective services, irrespective of where they live
- The rights of consumers, and their families and carers, must shape reform
- A recovery orientation should drive service delivery
- Investment in the workforce is essential

---

[6] SANE Mental Health Report, 2002-03, p. 2.

- Mental health reforms must occur in concert with other developments in the broader health sector
- Mental health reforms require a whole-of-government approach

The new Plan is guided by four priority themes. Outcomes and key directions for achieving these outcomes are identified, although the new Plan does not seek to specify projects to be funded within the new reform agenda. These themes are:

- Promoting mental health and preventing mental health problems and mental illness
- Increasing service responsiveness
- Strengthening quality
- Fostering research, innovation and sustainability

The following are amongst the outcomes that the plan seeks to achieve:

- Increase the extent to which mental health promotion is incorporated into policy and planning, at Commonwealth, State/Territory and local levels
- Increased extent to which mental health services adopt a recovery orientation
- National agreement on the broad levels and mix of services necessary to align current and future supply of and demand for mental health care across the lifespan
- Improved access to acute care, early intervention services, and to a range of community-based care alternatives
- Enhanced care pathways across the spectrum of care
- Reduced service system gaps and increased integration between private and public mental health services
- Improved coordination between the mental health sector and other areas of health
- Increased levels of full and meaningful consumer, family and carer participation in policy and in service planning, delivery and evaluation at all levels with evidence of improvement in quality
- Monitoring of the performance of mental health services regarding emotional and social wellbeing issues, through the collection and sharing of information and data
- Improved supply and distribution of the mental health workforce

1.7 COMMITTEE COMMENTARY

It is clear to the Committee that Canada has a great deal to learn from Australia in the field of mental health and mental illness. In particular, the consistent commitment for over a

decade by both the Commonwealth and State Governments in Australia to planning and monitoring progress through regular reporting has set international benchmarks that Canada is a long way from attaining. As well, the Committee was impressed by the explicit adoption of a population health framework for overall planning.

As a federal state, Australia has also demonstrated the importance of close cooperation between the various levels of government and of the benefits that can be derived by all communities when this collaboration is sustained. In addition, the Committee noted the importance attached by Australian authorities to adapting national targets and goals to regional and local conditions, and to ensuring that the implementation of agreed upon objectives respected the circumstances of various communities across the country. Moreover, the Committee was impressed by the efforts to include consumers and carers in mental health policy development.

The Committee also wishes to highlight two funding related issues. First, the Committee was struck by the success of efforts to 'ring fence' mental health funding as the Commonwealth government increased its proportion of mental health funding and as delivery of services became increasingly community based. According to the witnesses, the essential nature of adequate funding for mental health services has now been sufficiently demonstrated, and the commitment of all levels of government to sustain this funding become sufficiently secure, that it is no longer necessary to retain the formal agreements that were initially established to protect mental health funding.

Second, the Committee was pleased to see the success of the program recently introduced to improve the ability of general practitioners to participate in the treatment of people with mental health disorders. Enhanced training, and in particular adequate financial compensation for the actual time spent with patients presenting symptoms of mental health difficulties, as well as easier referring to mental health specialists, seem to the Committee to be measures that could enable the effective integration of mental health into primary care delivery.

Finally, the Committee took note of the many innovative approaches pioneered in Australia in raising public awareness about mental health issues, in particular the *beyondblue* campaign centred around depression, and believes that a closer study of a number of them is warranted in order to establish whether they could be adapted to the Canadian context.

CHAPTER 2:
MENTAL HEALTH CARE IN NEW ZEALAND[7]

2.1 HISTORY AND OVERVIEW

New Zealand is a small country of two islands in the Southern Pacific Ocean with a population of 4 million in 2004. At least 800 years before the first European settlers, New Zealand was first populated by Maori, of Eastern Polynesian ancestry. The main ethnic groups today include people of European descent, mostly from the United Kingdom and Ireland (75%), Maori (15%), Pacific Island people (6%) and Asian (4%).

The country became a colony of Great Britain with the signing of the Treaty of Waitangi in 1840 between Great Britain and the majority of Maori Tribes. This is one of New Zealand's founding constitutional documents and sets out a partnership with the Maori, acknowledging their need for self-determination, outlining the responsibilities of governments, as well as protecting Maori rights. A resurgence of Maori identity over the last 20 years has made this treaty a major focus of policy-making.

New Zealand has a parliamentary system of government and is an independent state within the British Commonwealth. The government system is unitary, that is, only one House of Representatives with executive authority vested in a Cabinet structure led by a Prime Minister.

The New Zealand health care system is funded mainly through general taxation, supplemented by out-of-pocket payments and private health insurance. In 1999/2000, 75% of health sector finance came from taxation, 15.7% from consumer out-of-pocket payments, and 6.3% from private insurance (although there is almost no coverage for mental illness by private insurers). The public share of health care funding decreased over the last two decades from 88% of the total in 1979/1980 to around 77% in 1994/1995, but has since increased slightly to reach 78% in 2000.

---

[7] Unless otherwise indicated, the information in this chapter is drawn from the following: Wilson, Janice, "Mental Health Services in New Zealand," *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 23, No. 3-4, 2000; French, Stan, Andrew Old and Judith Healy *HiT Summary: New Zealand*, European Observatory on Health Care Systems, 2002; Conference Board of Canada, "New Zealand," in *Challenging Health Care System Sustainability: Understanding Health System Performance of Leading Countries*, June 2004; Powell, Gayla, "New Zealand's National Mental Health Strategy: Report on Progress 2000-2001," August 2002; Ministry of Health, New Zealand, *Looking Forward: Strategic Directions for Mental Health Services*, June 1994; Ministry of Health, *New Zealand, Moving Forward: The National Mental Health Plan for More and Better Services*, July 1997; New Zealand Information Service, *Mental Health Data, 1994*, Ministry of Health, New Zealand, 1998; Mental Health Commission, *Blueprint for Mental Health Services in New Zealand: How Things Need to Be*, December, 1998; Ministry of Health, New Zealand, *National Plan 2001-2003 – Project to Counter Stigma and Discrimination Associated with Mental Illness*, June, 2001; Mental Health Commission, *Briefing to the Incoming Minister of Health*, August, 2002; Ministry of Health, New Zealand, *Building on Strengths: A New Approach to Promoting Mental Health in New Zealand/Aotearoa*, December, 2002; Mental Health Commission, *Report on Progress 2001-2002: Towards Implementing the Blueprint for Mental Health Services in New Zealand*, April, 2003; Ministry of Health, New Zealand, *Like Minds, Like Mine – National Plan 2003-2005*, September, 2003.

Patients receive free state hospital outpatient and inpatient services although they must meet some or all of the costs of primary health care and make co-payments for pharmaceuticals (with concession cards available for low-income patients and those with chronic illnesses). New investment and reform of the primary health care system undertaken in 2004 has begun to decrease the level of individual out-of-pocket payments that are required.

The government retains overall responsibility for the health system but delivery is shared between the public, voluntary and for-profit sectors. Independent medical practitioners and specialists provide most ambulatory medical services, public hospitals provide most secondary and tertiary medical care, while the small private hospital sector specializes mainly in elective surgery and long-term care.

New Zealand governments in the 1990s went further than most countries in introducing market model practices into the health sector, including competition and a purchaser/provider split.[8] However, at the end of the decade, the Labour/Alliance government decided that the "internal market" had not delivered significant improvements in effectiveness and efficiency. In 2000, the government returned responsibility to district boards for funding and partly providing health services. It created 21 District Health Boards (DHBs) covering geographically defined populations, which both deliver services themselves and fund other providers to do so. These autonomous authorities are allocated their own resources in a three-year funding package, based on historical provider contracts. They are responsible to the Minister of Health for the health of their district populations, for setting their strategic direction, for appointing their chief executive, and for their own performance. Each board covers at least one large public sector hospital.

New Zealand health services generally are regarded as adequate in supply and of good quality. Although in 2004 the majority of DHBs are meeting their targets, there is a perception that hospitals are under-funded, causing long waits for elective surgery. Since 2001, primary health care is being reorganized with the introduction of Primary Health Organizations. These will be local non-profit organizations funded at least in part using a system of 'capitation,' that is based on the number of patients who are enrolled with each organization. The intention is to reduce the burden of out-of-pocket payments upon patients. To date, full funding, or 'universal coverage,' of primary care services has only been available to targeted groups on the basis of income or chronic illness. Dr. Janice Wilson, Deputy Director General, Mental Health Directorate, at the New Zealand Ministry of Health, told the Committee that the goal of the new primary health care strategy was to "progressively over the next five to 10 years build up that universal payment until it covers about 80 per cent of the population."

2.1.1 Mental Health Strategy

The National Mental Health Strategy was launched by the Government in June 1994 with the publication of *Looking Forward: Strategic Directions for the Mental Health Service*. The Strategy was developed further in a second document released in July 1997, the National Mental

---

8 This term refers to the fact that, in the 1990s, several countries in which the same institutions were responsible for both funding and delivering health care services moved to separate these functions with the aim of increasing efficiency and stimulating competition.

Health Plan, *Moving Forward: The National Mental Health Plan for More and Better Services.* Overall, the Strategy articulated two key goals:

1. To decrease the prevalence of mental illness and mental health problems within the community;
2. To increase the health status of and reduce the impact of mental disorders on consumers, their families, caregivers, and the general community.

Dr. Wilson indicated that "the main thrust of the policy at that time was to get a framework around what is called deinstitutionalization." She told the Committee that policy was also partly driven by best practices internationally that pointed to the need to "take a more whole-of-government approach, linking with other sectors such as housing, employment, labour and so on" in order to make mental health services more community-based and integrated with other health services.

In 1996, a Mental Health Commission was established to ensure that the national mental health strategy was implemented. It consists of three Commissioners and its functions are:

- To monitor and report to Government on the performance of the Ministry of Health and the 21 District Health Boards in the implementation of Government's national mental health strategy;
- To work with the sector to promote better understanding by the public of mental health, and to reduce discrimination and prejudice against those with mental illness;
- To work to strengthen the mental health workforce.

The Commission released the *Blueprint for Mental Health Services in New Zealand* in 1998. The Blueprint provided a practical basis for Strategy implementation and has been accepted as government policy. Its objective is to give health boards and providers a clear view of the steps they can take to improve quality, and to provide consumers and families an understanding of what they should expect from a well functioning system. It is animated by a strong focus on recovery for those living with mental illness.

The national strategy now encompasses seven strategic directions, that are summarized briefly below:

Strategic Direction 1: Implementing community-based and comprehensive mental health services. The objective is to offer services that would cover health promotion and mental illness prevention, assessment and early intervention, treatment, rehabilitation, and continuing care.

Strategic Direction 2: Encouraging Maori involvement in planning, developing and delivering mental health services. This strategic direction is aimed at improving the mental health of Maori, so that it is at least as good as that of New Zealanders as a whole. The use of mental health services by Maori is considerably higher than by the rest of the population.

Strategic Direction 3: Improving the quality of care. The goal is to overcome some of the obvious gaps in services that were inherited from the past. It is hoped that service standards, quality assurance programmes and performance indicators to monitor effectiveness and efficiency will make sure that the national objectives are being achieved.

Strategic Direction 4: Balancing personal rights with protection of the public. This strategic direction aims to more clearly strike a balance between the mental health consumer's right to live in the community and the public's right for protection.

Strategic Direction 5: Developing a national alcohol and drugs policy. The intent behind this strategic direction is to better integrate existing alcohol and drug services, to use the mix of residential and outpatient treatment options more efficiently, and to provide more systematic care for people who have both an addiction and some form of mental disorder.

Strategic Direction 6: Developing the Mental Health Services Infrastructure. This strategic direction was added in 1997. It covers the "infrastructure" necessary for delivering more and better services - elements such as workforce development, data collection and analysis, and co-ordination between services. These elements had originally been seen as part of *Strategic Direction 3* but subsequently become recognized as important enough and complex enough to warrant a separate strategic direction of their own.

Strategic Direction 7: Strengthening Promotion and Prevention. This too was another strategic direction that was added to the Strategy in 1997 in order to place more emphasis on making progress towards achieving the goal of decreasing the prevalence of mental illness and mental health problems.

The elaboration of the mental health strategy in New Zealand was based on epidemiological evidence that indicated that one in five of the adult population has a diagnosable mental health problem at any one time. Of these, it is believed that about 3% of adults - and about 5% of children and young people under 20 years - have severe mental health disorders. A further 5% of adults have moderate to severe disorders, and 12% have mild to moderate disorders or problems.

The intention of the national strategy was to ensure that there are enough of the right kinds of mental health services to meet the needs of those adults and young people who have severe mental health disorders. The resource guidelines that are contained in the Blueprint provide estimates of the beds and community staff needed per 100,000 population, assuming that 3% of the population need such services. These guidelines were developed primarily for calculating national funding and service development requirements but are also used at a regional level.

The model of service provision that is employed in the *Blueprint* emphasises community service delivery, but also allows for acute inpatient services as well as rehabilitation and long-term hospital care. The guidelines also take into account development of services provided by consumers. The table below shows the national targets that were established by the *Blueprint* in 1998. These are adjusted as the population levels increase.

RESOURCE TARGETS, 1998			
Resource		**National target**	**National current**
Inpatient	Beds or 'care packages'[9]	1,535	1,424
Residential	Beds or 'care packages'	3,243	2,576
Community mental health	FTEs[10]	3,822	1,923
Community support	FTEs	1,284	388
Advisory services and initiatives (consumer and family)	FTEs	246	63
Access to newer anti-psychotic medication	People	8,500	3,547
Detoxification	Beds or 'care packages'	113	96
Residential alcohol and drug	Beds or 'care packages'	378	376
Community alcohol and drug FTEs	FTEs	614	262
Methadone treatments	Places	5,666	3,030
Mental illness prevention FTEs	FTEs	378	0

2.2 COSTS AND FUNDING OF MENTAL HEALTH SERVICES

Dr. David Chaplow, Director of Mental Health and Chief Adviser, Government of New Zealand, told the Committee that "having a costed plan with analysis of the gap between what existed and what we needed was a very powerful advocacy tool" in negotiations with the treasury in order to secure additional funding for mental health. Since the adoption of the mental health strategy, funding for mental health has indeed increased. Between

---

9 The 'Blueprint' indicates that while the most common measure for these services resources is 'beds', "a shift to the provision of 'care packages' is needed" (p. 41) but does not specify how these are to be defined with regard to each service.

10 Or "Full-Time Equivalent" position.

1993/1994 and 2001/2002, public funding for mental health services in New Zealand increased from $270 million to $725 million per annum. This represents an increase of approximately 127% after adjusting for inflation, and Dr. Wilson indicated that "we have had a commitment from the current government to continue the funding stream at this rate until at least 2007 because we have not yet completed all of the reform agenda."

Nonetheless, in general, the Mental Health Commission has noted that the starting point for recent increases in funding levels was a poorly resourced base. In its view, acceptable levels of service delivery in mental health have still not been met and there is still some way to go towards meeting the goals set by the Blueprint. According to Dr. Wilson,

> *They set targets and we have implemented about 75 per cent [to 2004]. Some parts of the country are closer to 60 per cent and some are almost fully implemented at close to 100. We have regional variation, depending on population growth and other factors.*

The Table below presents estimates made by the Commission in its 2002 Briefing to the incoming Minister of Health.

PERCENTAGE OF BLUEPRINT FUNDING TARGETS MET AS OF 2002

Service Area	Approximate level of funding at July 2002 to *Blueprint* guidelines
Hospital Inpatient	89%
Community Clinical	69%
Community Non-Clinical	44–59%
Community Drug & Alcohol	74%
Methadone Services	65%
Child & Youth Community	63%

Consistent with the trend to more community-based services, 69% of mental health services funding (excluding pharmaceuticals and public health services) in 2001/2002 was for community services. This is up from 67% in the previous year and includes 57.4% of the District Health Board provider funding and almost all NGO funding. The proportion of mental health funding that is spent on services provided by non-government organisations (NGOs) has remained relatively stable over the last three years.

Despite the increases in funding, the Mental Health Commission continues to express concerns both over the level of funding and the commitment on the part of DHBs to actually spend the money that has been allocated to mental health. An additional and recurring concern has been that the impact of increased funding on levels of services has

been constrained by workforce shortages. This has meant that even where funding has been made available, many positions have gone unfilled.

The Commission has therefore reiterated its recommendations that:

- A sustainable funding path be identified for mental health services development, consistent with the directions of the national mental health strategy, implementation of the Blueprint, and the capacity of the sector to develop.
- Funding for mental health services targeted to the 3% of the population most severely affected by mental illness be protected by a clear and robust ring-fence.

2.3 SERVICE DELIVERY AND ORGANIZATION

The overriding goal of New Zealand's *Blueprint* for mental health is to ensure that 3% of the population has access to mental health services. For the whole of New Zealand, reported access to mental health services was approximately 1.7% of the population in 2001/2002. This was up slightly from 1.6% the previous year. However, during this time, data was not being collected from all NGOs, which means that the figures may under-represent the number of people being seen by services.

As elsewhere, the move away from dedicated psychiatric institutions has been occurring in New Zealand over the past quarter century. Although there is some variation around the country, most of the mental health services are community based and include services provided by mobile 24-hour crisis services, and in general hospital acute wards. By 2000, all acute psychiatric wards (with one exception) had been integrated into general hospitals and just about all of the 10 dedicated psychiatric institutions had closed completely, with a few retaining only forensic or other specialized services.

Despite this reorganization, Dr. Chaplow pointed out that,

> *...at no time have we diminished the total number of beds... We have spread those places in a variety of configurations, so that some are still configured in hospital units and some are in community placements.*

Thus, there are some hospital-based rehabilitation wards and a growing range of supported accommodation and vocational training options, as well as day programs and drop-in centers, often consumer-run. Most adults receiving mental health services have a clinical case manager and/or a community support worker.

The most recent *Report on Progress* issued by the Mental Health Commission highlights the following statistics for the year 2001-2002:

- The number of people admitted to inpatient services in New Zealand is small compared with the total receiving mental health services. During the six months to 30 June 2002, 0.14% of the total population (5,546 people) received inpatient

hospital care, compared with 1.7% receiving care of any kind from mental health services (63,271).

- During 2001/2002 there was no progress in the development of more general non-residential, adult community clinical services. The number of funded clinical staff positions in these services was 85% of the *Blueprint* guidelines compared to 87% in June 2001.
- Non-clinical community based services include home-based support, employment and education support, day activities and living skills, peer support and family support services. These services are provided primarily by support workers, nurse aides and cultural support workers working for NGOs in a therapeutic/support role. Resource levels in community non-clinical support services, have increased from 59% the previous year to 65% of the *Blueprint* guidelines.
- For the country as a whole, all general adult community residential beds slipped from 93% of the *Blueprint* guidelines in 2000/2001 to 83% in 2001/2002. Much of this reduction is due to a large NGO changing from providing residential services to providing community care in service users' homes, and thus does not reflect a reduction in capacity.

In New Zealand, as elsewhere, general practitioners are a first port of call for accessing mental health services. However, there are many in the community (particularly among the Maori and Pacific people communities), who do not use general practitioner services, and thus do not have access to the pathways into mental health care early enough.

The impact of user charges for primary health services on access to mental health services is also an issue. It has been recognized that these charges can be a barrier to the use of primary health services and therefore can encourage people with mild or moderate illness to try to access specialized mental health services (which may not have the same user charges) when they could be treated more appropriately by their primary medical services. Indeed there is even the concern that user charges may stop people going to any service at all. As noted earlier, efforts are underway to reorganize primary care delivery on a capitation model that could help reduce the impact of user charges.

2.3.1 Services to Maori

Ms. Arawhetu Peretini, Manager of Maori Mental Health, Government of New Zealand, explained to the Committee that:

> *The majority of [the Maori population] live in urban settings. They have no reservations. They tend to be fairly integrated into mainstream society. The majority exist probably in one city in particular in the northern part of the island, which is mostly urban. There has been, over the last 10 years, a call for many Maori to return to their tribal lands, or which about 90 per cent are rural based. However, the call has not occurred for many because most work in the urban settings.*

A leading expert, Professor Mason Durie, has suggested that "mental health problems are now the number one health concern for Maori." He notes as well that, "psychiatric admissions, alcohol and drug disorders, suicides and attempted suicides are increasing at a time when other health problems such as heart disease are decreasing."[11] Maori have many needs which are not being met by mental health services. Although accurate and up-to-date information on the prevalence of mental illness for Maori is not available, it is known that there are disproportionate numbers of Maori in crisis, acute inpatient, and forensic services. As Ms. Peretini noted,

> *Some of the problems have resulted from the fact that a lot of indigenous Maori within this country tend to appear at services at acute stages of mental illness.*

In addition, Maori have substantially higher rates of re-admission than non-Maori; these rates have risen steadily in recent years and are continuing to rise. Maori are also greatly over-represented in alcohol and drug services; alcohol and drug abuse and psychosis are the main reasons for Maori being admitted to a psychiatric ward or hospital.

Between 1 January and 30 June 2002, approximately 10,500 Maori were reported as being seen by mental health services, that is 1.9% of all Maori. Maori access mainstream mental health services as well as services specifically targeted to their needs. While acknowledging that there "are still gaps in a knowledge base about things such as admission and re-admission rates," Ms. Peretini told the Committee that:

> *We do know that some of the 21 services — because we did a survey three years ago now — are actually responsive to the needs of the Maori, by just incorporating a cultural assessment component as part of the clinical assessment. There were very few at that stage. Of nine district health boards, only seven had even considered policies around meeting the needs of indigenous people being admitted to the mainstream services. Of those seven, only three had cultural assessment tools that were well developed enough to be useful.*

Since 1998 there has been a significant increase in Maori providers and availability of services specifically for Maori. There have also been a number of initiatives to increase the number of skilled Maori in the mental health workforce. Ms Peretini elaborated on this point:

> *Two years ago, the Ministry of Health, as part of our workforce development strategy, commissioned the development and establishment of a Maori-focused workforce development organization. Almost a year ago, that organization undertook a series of surveys on our workforce. Rather than going into the detail, I will say is that we do not have a large*

---

11 Quoted in the *Blueprint*, p. 56.

workforce. We currently have probably about five psychiatrists in training.

... there have been educational quotas for certain themes in this country. They have existed for at least the past 20 years. We also have had some key leaders in Maori health who have become psychiatrists.

The Maori Mental Health National Strategic Framework, was released in April 2002 after extensive consultation. The framework has the following five-year goals:

- to provide comprehensive clinical, cultural and support services to at least 3% of Maori, focused on those who have the greatest mental health needs
- to ensure that active participation by Maori in the planning and delivery of mental health services reflects Maori models of health and Maori measures of mental health outcomes
- to ensure that 50% of Maori adults seeking wellness will have a choice of mainstream or specialized Maori community mental health service
- to increase the number of Maori mental health workers, including clinicians, by 50% over 1998 levels

Dr. Chaplow indicated that New Zealand was "in an interim stage," during which "indigenous psychiatrists will have to be augmented or supplemented by others." However, he also affirmed that "one of the significant advances is that now Maori people own their services and own the challenge."

Dr. Wilson explained the importance of this development:

One of the key things about mental illness is that it affects the way that you think about yourself — your spiritual and cultural beliefs. People relate much better to people of their own culture. If you are the person with the illness, the relationship you have with your care provider — your doctor or nurse — is probably the most crucial thing to getting well and gaining recovery. If that person is able to understand your cultural belief system, then the chances of a successful outcome are better.

2.3.2 Human Resources

Numerous commissions and reports have called attention to workforce development as an important part of resolving the existing problems that affect mental health service delivery in New Zealand. It is generally recognized that the current mental health workforce, although having increased significantly due to the national strategy development, still falls short of what is required by mental health consumers. For example, New Zealand has a shortage of psychiatrists when compared with other similar western countries. Dr. Chaplow told the committee that "in terms of world health statistics, such as the suggestion that there should

be one psychiatrist for 10,000 people per population, we only have one psychiatrist per 15,000 people here." But he insisted that:

> *The issue is how you utilize psychiatrists as part of the team. Also, psychiatrists tend to cluster near universities or schools. That is what happens. You often have an imbalance between urban and rural access to good psychiatry.*

Dr. Wilson further noted that human resource shortages were widespread:

> *In respect of the workforce overall, of course we are short throughout the system. It is not just psychiatrists. We have shortages of nurses, psychologists and all the other professionals. That is why we have a major workforce initiative that includes looking at how we recruit as well as retain.*

Reports from 2000/2001 also suggested that unfilled community positions for which funding was available were at about 6 or 7% of the total. Another challenge is in the recruitment and retention of the workforce outside the main centres, where the implications of the need to provide 24 hour coverage, along with the lack of peer support, and professional isolation create difficult working conditions.

The National Mental Health Workforce Development Coordinating Committee was established early in 1998 to co-ordinate workforce development throughout the sector and develop and implement a definitive framework on which to build the national regulation of mental health workforce development, and the allocation of resources for it. The Committee is led by providers and represents key stakeholders in the sector. However, there is still no comprehensive mental health workforce development plan.

Dr. Wilson also recounted that in recent years new types of mental health workers have been trained.

> *We have a new workforce, called community mental health support workers, that has been training over the last five years probably. They work predominantly in the NGO sector but they also work in the public mainstream sector. They are trained to support patients or consumers with mental illness, either in their homes or in formal residential settings in the community, or to help them work through the system. They would be the person who would go with them to the income support agency, to the employment agency, to help them battle the societal barriers.*

These community mental health workers receive formal qualifications set under the National Qualifications Framework. There are now about 2,000 new workers who have been granted a certificate in community mental health support work.

2.4 PROMOTION AND PREVENTION

In December 2002, following a two year period of consultation with over 200 individuals and organizations, the Ministry of Health issued the document *Building on Strengths* that outlines a national approach for mental health promotion for a five year period. *Building on Strengths* seeks to promote the mental wellbeing of New Zealanders and to reduce inequalities in mental wellbeing by improving the social, economic, cultural, political and physical environments in the country.

New Zealand's mental health promotion strategy recognises the need for co-operation between health and other sectors, including local government, other government departments and Maori, Pacific and other community groups and calls for the health sector to take a leadership and co-ordination role around mental health promotion.

Building on Strengths aims to achieve three things:

1. To enable individuals and communities to take action on their own behalf.
2. To outline planned priority actions for the Ministry of Health for mental health promotion.
3. To provide guidance to health sector providers and other sectors on what they can do to contribute to positive mental health and wellbeing for New Zealanders.

The strategy outlined in *Building on Strengths* has three specific goals:

- To reduce inequalities relating to mental health experienced by some groups.
- To create environments that are supportive of positive mental health.
- To improve individual and community resiliency skills.

To achieve these goals, five priority actions are detailed. They are to:

1. Reorient health services to reduce inequalities between socioeconomic groups.
2. Strengthen community action in mental health promotion activity.
3. Create safe and supportive environments within actions that create cohesive cities, communities, workplaces, schools, homes.
4. Develop personal skills by emphasising mental health protective factors such as resiliency, social support and life skill development.
5. Build healthy public policy through improved research and evaluation to identify and address mental health promotion needs.

The Ministry of Health currently spends several million dollars each year on mental health promotion, and *Building on Strengths* has been developed to provide a national framework for the continued allocation of these funds. It is not anticipated that any additional funding will be allocated to the campaign.

2.4.1 Project to Counter Stigma and Discrimination Associated with Mental Illness

A project to counter the stigma and discrimination associated with mental illness, called "Like Minds, Like Mine" was established as a five-year project in 1996, and was subsequently funded as an ongoing undertaking by government. Since its inception, activities sponsored by "Like Minds, Like Mine" have developed public awareness about aspects of mental illness, with an emphasis on the stigma faced by people with experience of mental illness. As a result, the project can now point to significant and quantifiable changes in attitudes among most sectors of the population.

Dr. Wilson helped the Committee understand the basis for this progress:

> *First, it is quite important to understand at the very beginning of this initiative or program, a significant amount of base research was undertaken. There was research done on attitudes in the community and on how people might respond to such an awareness raising. That went alongside our community development approach.*
>
> *Then [the] first national campaign was run and the research that followed indicated a surprising change in attitudes. There seemed to be increased understanding the common mental disorders such depression, anxiety disorders, alcohol addiction and so on.*

The most recent plan (for 2003-2005) therefore began a shift in emphasis towards reducing discrimination, now that it was felt that good progress had been made on the groundwork of awareness raising. The project plan has incorporated a specific human rights model which it has allied to a social model of disability, on the grounds that such a model has strong relevance to the discrimination faced by people with experience of mental illness.

The overall aims of the project are to:

- Enable all people with experience of mental illness to gain equality and respect and to enjoy the same rights as others.
- Change public and private sector policy to value and include all people with experience of mental illness.
- Create greater understanding, acceptance and support for all people with experience of mental illness.

Its more specific objectives include:

- Engaging the leadership and participation of individuals and groups of people with experience of mental illness.

- Advocating for non-discriminatory policies and practices within organizations that are responsible for housing, education, employment, income and access to goods and services, and within organizations that are responsible for mental health services.
- Using mass media, community education and other means to improve the social inclusion of people with experience of mental illness.
- Developing specific approaches by Maori, in recognition of their status under the Treaty of Waitangi, to address the discrimination faced by Maori with experience of mental illness.

Dr. Wilson indicated that the first iteration of the campaign had been "based on famous New Zealanders who were willing to talk publicly about their problems with depression and anxiety disorders," but that "the current campaign has moved away from the famous people to ordinary people who have also suffered significant illnesses such as manic-depressive or bipolar disorder, schizophrenia and so on. It focuses on them, their families and lives."

2.5 PROSPECTS FOR FUTURE REFORM

Dr. Wilson informed the Committee that work was currently underway on a second national mental health plan and that a draft would soon be taken to cabinet before engaging in wide consultations with the community. She hoped that this plan would be finalized and accepted by government before the end of 2004.

As well, in April 2004, the Mental Health Commission published an issues paper in order to gather feedback on how best to maintain and consolidate progress already made in providing mental health care in New Zealand and ensure that the *Blueprint* is able to keep up with changes and provide a relevant platform for the future. Ways forward may include:

- better application of the *Blueprint;*
- modifications to the *Blueprint* that make it easier to apply;
- substantive amendment of the *Blueprint;* or
- changes to funding, planning, contracting and service delivery practices.

The *Blueprint* was developed in 1997 and 1998, and so is now more than five years old. The issues paper notes that over that period there has been substantial change in the health sector and New Zealand society. The following are some of the factors it listed as requiring attention in updating the *Blueprint*:

- Structural changes – four regional health authorities and then the Health Funding Authority have been replaced by 21 DHBs, including three with populations of less than 50,000, and only four with populations over 400,000.
- Regional planning processes have emerged, using multiple stakeholder networks that have been superimposed on the statutory district health board structure.

- Emphasis on competition in the health sector has been replaced by expectations of coordination and collaboration and provider capability development.
- Expectations of the public, politicians, consumers, families, and clinicians regarding mental health service provision have increased.
- A new non-clinical workforce has emerged, primarily in NGOs, with nationally agreed minimum standards of training.
- There have been changes in clinical practice, including adoption of the recovery model and the National Mental Health Sector Standard, and widespread use of new generation antipsychotic medication.

The discussion and debate will guide the Commission in its next task of writing a companion or guidance note to support the *Blueprint* and look at how to adapt its implementation to changing circumstances.

2.6 COMMITTEE COMMENTARY

The Committee was greatly impressed by the progress New Zealand has achieved since the launch of its mental health strategy in 1994. New Zealand's experience offers further strong evidence of the crucial importance of sustained planning in the mental health field. In particular, the Committee took note of the fact that the existence of a detailed and carefully costed plan with very specific targets had contributed to the ability of the mental health community to secure a significant increase in government funding.

In addition, the focus during the process of deinstitutionalization in New Zealand on the development of comprehensive community-based services has allowed the reallocation of resources to take place so that there was no decline in the number of beds available to those in need. The Committee was also struck by the important role that an independent body, the Mental Health Commission has played in this process, and by the willingness of the government to adopt the recommendations made by the Commission.

Perhaps the aspect of New Zealand's efforts over the past decade that most impressed the Committee was the consistent attention to the needs of the indigenous Maori population. Making participation by Maori themselves a cornerstone of the strategic orientation would seem to have yielded important gains in terms of allowing this community to begin to take ownership of these programs and to infuse them with a much greater cultural sensitivity to their own needs. Moreover, the emerging success of efforts devoted to the training of Maori mental health professionals offers the Committee much encouragement that it is possible to grapple with these difficult issues.

Another dimension of initiatives to train needed personnel that seemed worthwhile to the Committee were the programs introduced to provide formal qualifications to community mental health workers in New Zealand. The Committee also notes that efforts in New Zealand to further improve access to primary care services and to reduce demand on secondary care services has involved taking measures to diminish the impact of user fees on

the behaviour of those in need of health care services. Experience in New Zealand thus provides additional evidence that user fees do act as a deterrent to seeking care.

In addition, the Committee will be interested to see if it is possible to draw on the experience of the smaller District Health Boards in New Zealand in order to find ways of improving the delivery of mental health services to Canadians living in rural and remote areas.

Finally, the Committee was impressed by the evolution of the efforts made in New Zealand to combat stigma and discrimination against people living with mental illness, and in particular the long-term funding commitment that was made by the government in this regard. As well, the Committee believes that the New Zealand experience points to the importance of building evaluation and data collection into the design of anti-stigma campaigns so that it is possible to learn from each experience and to adjust the focus as necessary.

CHAPTER 3:
MENTAL HEALTH CARE IN ENGLAND[12]

3.1 HISTORY AND OVERVIEW

The United Kingdom has the same Parliamentary system as Canada, but until the creation of devolved Parliaments in Scotland and Wales in recent years it had been a unitary state comprising Great Britain (England, Scotland and Wales) and Northern Ireland. The public health care system – the National Health Service (NHS) – is similar throughout the United Kingdom but managed by each jurisdiction separately. In this chapter we discuss mental health care in England, almost exclusively. We will refer to the United Kingdom when describing common features. The NHS was established in 1948, and within each jurisdiction remains amongst the more centrally managed and financed health care systems in the world.[13] Government is not only involved in the financing of health services but is also heavily involved in the management and delivery of services.

As in Canada, all people normally resident in the United Kingdom are eligible for health care insurance coverage under the NHS. The NHS does not specify an explicit list of services to be covered. However, the NHS is more comprehensive than Canadian Medicare as it covers physicians, hospitals, prescription drugs, dental care and optical services. There are no user charges for physician services in the United Kingdom and hospital and specialist services are also provided free-of-charge. User charges do apply to prescription drugs, dental and optical services. Unlike Canada, the United Kingdom also allows people to purchase private health care insurance covering the same benefits as the NHS, but supplied by providers working outside of the NHS.

In the United Kingdom, a larger proportion of health care spending is financed by the public sector (82%) than in Canada (70%). The NHS is financed mainly through central government general taxation together with an element of national insurance contributions made by employers and employees. User charges account for less than 3% of total NHS financing.

---

12 Unless otherwise indicated the information in this chapter is drawn from the following: Department of Health, *National Service Framework for Mental Health*, 1999; Select Committee on Health, *Fourth Report: Provision of NHS Mental Health Services*, 2000; McCulloch, Andrew, Matt Muijen and Heather Harper, "New Developments in Mental Health Policy in the United Kingdom" *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 23, No. 3-4, 2000; The Sainsbury Centre for Mental Health, "Mental Health Policy: the challenges facing the new Government," July 2001; Department of Health, *The Journey to Recovery – The Government's Vision for Mental Health Care*, Nov. 2001; National Institute for Mental Health in England, *Cases for Change – Policy Context*, 2002; Department of Health, *National Suicide Prevention Strategy for England*, Sept. 2002; Levenson, Ros, Angela Greatley and Janice Robinson, *London's State of Mind*, King's Fund Mental Health Inquiry, 2003; The Sainsbury Centre for Mental Health, *Money for Mental Health: A review of public spending on mental health care*, 2003; Commission for Health Improvement, *What CHI has found in mental health trusts (sector report)*, 2003; Social Exclusion Unit, *Mental Health and Social Exclusion*, Office of the Deputy Prime Minister, 2004.

13 Paul Wallace, writing in *The Economist* (July 17, 2004), notes that with 1.4 million employees, the NHS is the world's third largest employer, surpassed only by China's Red Army and the Indian Railways.

Many significant reforms of the management and provision of health services in the United Kingdom were undertaken during the 1990s. These reforms initially created an 'internal market,' meaning that certain market-oriented principles were introduced into the publicly-funded health care system. A "purchaser-provider split" altered the relationships between the regional health authorities and the hospitals, while the establishment of "GP Fundholding" modified the organization and shape of general family practices. The Labour government of Tony Blair, first elected in 1997, was critical of the internal market; it has since modified a number of significant features of the system, but has not sought to return it to its original form.[14]

Ms. Anne Richardson, Head of the Mental Health Policy Branch, Department of Health, Government of the United Kingdom explained to the Committee that since 2001, the National Health Service has had three tiers, with the Department of Health at the apex. She indicated that "the Department of Health develops policy as well as the systems and structures needed to deliver services. However, it does not actually implement that change directly." There are 28 Strategic Health Authorities (SHAs) that are responsible for managing the performance of local services. They vary in size from 20 to 30 staff per location and are in turn responsible for as many as 30 Primary Care Trusts (PCTs), which comprise the third tier.

PCTs are now at the centre of the NHS and will get 75% of the NHS budget. They are responsible for managing health services at the local level. Most PCTs cover populations of between 50,000–250,000 people, with the average size PCT serving around 100,000 people. There are now 302 PCTs across England. They do not all have the same level of experience and their expertise also varies.

PCTs directly provide primary care and community health services and commission[15] services from hospital trusts and other secondary and tertiary care providers. PCTs may also commission other primary care services, such as physiotherapy, alternative therapies, and counselling. As we shall see, PCTs are also involved in the commissioning of mental health services. In particular, as Ms. Richardson told the Committee, PCTs "have the job of looking at national standards and targets, balancing those against the needs of their local population and interpreting national standards for their local population."

---

14 In fact, some analysts contend that the Labour Government is now engaged in a process of reintroducing the "internal market." Thus, Paul Wallace writes that this return to the "internal market" follows "a major policy shift after the 2001 election." (*Ibid.*)

15 Even in the United Kingdom there is still some confusion concerning the exact meaning of the term 'commissioning' and its relationship to the more familiar 'purchasing.' The two terms, both conceptually and in fact, tend to be used loosely. This is one common definition: *Commissioning* is the strategic activity of assessing needs, resources and current services, and developing a strategy to make best use of available resources to meet identified needs. Commissioning involves the determination of priorities, the purchasing of appropriate services and their evaluation. *Purchasing* is the operational activity set within the context of commissioning, of applying resources to buy services in order to meet needs, either at a macro/population level or at a micro/individual level.

3.1.1 Mental Health

Until the 1950s, the main form of provision for mentally ill people was the old Victorian asylum. As elsewhere, with the arrival of new medication and the idea that mentally ill people had a right to live in mainstream society, this began to change from the 1960s onwards. The old asylum hospitals began to close and more modern psychiatric units were provided in local general hospitals. Thus, hospital beds have been drastically reduced from 129,000 in 1968 to 91,000 in 1978, 63,000 in 1988/89 and 36,000 in 1998/99.

How best to manage the process of deinstitutionalization and its many ramifications continues to be at the centre of policy deliberations. In the initial years of this policy, it appears that policy makers under-estimated the level of continuous support which would be required by a relatively small group of severely disabled people who would previously have lived in the old asylums. Insufficient provision was made in the community to support these people. In particular, there was an absence of intensive health and social support and supported housing. This contributed to the idea in some circles that the policy itself – 'community care' – was wrong, despite international evidence showing that adequate community care leads to better outcomes for the vast majority of people living with mentally illness.

In recent years, mental health policy has been overhauled in a major attempt to create a working system of care which can support people with all types and severity of mental health problems. A series of policy initiatives by the new Labour Government towards the end of the 1990s have attempted to consolidate community based services around an appropriate balance between care and control, support and public safety.

The policy has been promulgated in the following publications produced by Government:

- A 1998 white paper, *Modernising mental health services: safe, sound and supportive*, set out to identify and fill the gaps in service provision. It articulated a vision of creating safe, sound and supportive mental health services, through a variety of measures including the introduction of more intensive community support services such as 'assertive outreach teams' to address the problems of people living in the community with complex needs;
- This was followed by the *National Service Framework (NSF) for Mental Health* which set detailed standards and targets for mental health services for adults with mental health problems aged between 18 and 65 years of age (see below);
- The *NHS Plan*, issued in 2000, extended the agenda described by the national service framework by detailing new services, including assertive outreach, crisis resolution (sometimes called home treatment) and early intervention in psychosis services. The plan introduced graduate primary care mental health workers, gateway workers and carer support workers and endorsed structural changes such as the creation of care trusts. It also considered the mental health workforce requirements and issues relating to recruitment and retention, leadership and training. The NHS Plan included £300 million of new revenue for mental health services.

The National Service Framework for Mental Health (NSF-MH) is a 10-year programme. This is how Ms. Richardson described the purpose of its seven standards to the Committee:

- Standard one is concerned with mental health promotion — that is all the action that is needed to help us take action against the stigma that there is surrounding mental ill health and the risks, to reduce risks of people developing mental ill health.
- Standards two and three were about mental health in primary care, which addressed the action that was needed to improve access to services by people with so-called common mental disorders.
- Standards four and five were about people with severe mental ill health — the relatively small proportion of the total group of people with mental health problems — who nonetheless carry the biggest risk in relation to death by suicide and other causes, and who also carry the highest levels of morbidity. I am thinking of people with a diagnosis of schizophrenia or bipolar disorder or very severe depression.
- Standard six concerned the action that was needed to improve services and supports for caregivers.
- Standard seven focused on all that we needed to do across the spectrum of mental health and social care services to reduce the risk of death by suicide.

We set out in the box below the seven standards in more detail.

NSF-MH STANDARDS

1. *Health and social services should:*
   - promote mental health for all, working with individuals and communities
   - combat discrimination against individuals and groups with mental health problems, and promote their social inclusion.
2. *Any service user who contacts their primary health care team with a common mental health problem should:*
   - have their mental health needs identified and assessed
   - be offered effective treatments, including referral to specialist services for further assessment, treatment and care if they require it.
3. *Any individual with a common mental health problem should:*
   - be able to make contact round the clock with the local services necessary to meet their needs and receive adequate care
   - be able to use *NHS Direct*, as it develops, for first-level advice and referral on to specialist helplines or to local services.
4. *All mental health service users on the Care Programme Approach (CPA) should:*
   - receive care which optimises engagement, prevents or anticipates crisis, and reduces risk
   - have a copy of a written care plan which
     - includes the action to be taken in a crisis by service users, their carers, and their care co-ordinators

— advises the GP how they should respond if the service user needs additional help
— is regularly reviewed by the care co-ordinator
— be able to access services 24 hours a day, 365 days a year.

5. *Each service user who is assessed as requiring a period of care away from their home should have:*
   - timely access to an appropriate hospital bed or alternative bed or place, which is
     — in the least restrictive environment consistent with the need to protect them and the public
     — as close to home as possible
   - a copy of a written after care plan agreed on discharge, which sets out the care and rehabilitation to be provided, identifies the care co-ordinator, and specifies the action to be taken in a crisis.

6. *All individuals who provide regular and substantial care for a person on CPA should:*
   - have an assessment of their caring, physical and mental health needs, repeated on at least an annual basis
   - have their own written care plan, which is given to them and implemented in discussion with them.

7. *Local health and social care communities should prevent suicides by:*
   - promoting mental health for all, working with individuals and communities (standard one)
   - delivering high quality primary mental health care (standard two)
   - ensuring that anyone with a mental health problem can contact local services via the primary care team, a helpline or an Emergency department (standard three)
   - ensuring that individuals with severe and enduring mental illness have a care plan which meets their specific needs, including access to services round the clock (standard four)
   - providing safe hospital accommodation for individuals who need it (standard five)
   - enabling individuals caring for someone with severe mental illness to receive the support which they need to continue to care (standard six)

   and in addition:
   - supporting local prison staff in preventing suicides among prisoners
   - ensuring that staff are competent to assess the risk of suicide among individuals at greatest risk
   - developing local systems for suicide audit to learn lessons and take any necessary action.

The NSF-MH was the first comprehensive statement that set out what was expected of health and social services in England. A new body, the National Institute for Mental Health in England (NIMHE), was set up to oversee the implementation of the service framework. As Ms. Richardson explained, NIMHE

> *has a series of eight regional development centres spread across England. Their job is to specifically help local services improve their closeness to targets. They set out models of best practice, visit local services and employ champions to raise the profile of the new service model and of the needs of people with mental illness. There are about 26 programs of*

work led through the National Institute for Mental Health, all of which have central funding. These programs are designed to support reform.

Ms. Richardson gave the following example of one of these programs:

We have a Black and minority ethnic mental health program, currently funded to the tune of £2.5 million over the period to 2006. That will employ new community development staff and pump-prime about 80 community development projects, which will help us to [improve service to] users with mental health problems who come from Black and minority ethnic groups...

NIMHE is organized in 8 regional offices, and each office is linked directly with local communities, trusts, NGOs and service users. This allows NIMHE to organize its contribution to implementing the NSF-MH and its technical assistance programs around a community integration approach.

Moreover, the NSF-MH directed each area to create a local implementation team (LIT) comprising representatives from service users, carers, local authority departments, Primary Care Groups, NHS Trusts and Health Authorities with a mandate to develop a local implementation plan. Initially, 126 LITs were established, and some have worked better than others. Ms. Richardson told the Committee that,

The LITs have been absolutely essential to such changes as we have been able to secure. I do not want to create a falsely positive picture because we have an enormously long way to go. We are nearly five years into this program and we have made significant change but there is a long way to go. The LITs have been essential for that and it is terribly important in thinking about the whole of the reform program to get that infrastructure right, from the beginning.

In addition, the Government has since issued a detailed *Policy Implementation Guide* in support of the NSF-MH (2001), and published proposals for reforming the Mental Health Act (2002).

Despite many positive responses to the NSF-MH, some have been concerned that the resources provided were inadequate for the tasks ahead, while others have felt that the NSF-MH did not acknowledge the current debate about the medical versus social models of mental health. These critics saw the way that the NSF-MH referred to mental health problems as 'mental illness' as reflecting a failure to see users and survivors as people who have strengths as well as problems. Despite the various criticisms, for most commentators the NSF-MH has nonetheless given cause for optimism about the future of mental health services in the UK.

3.2 COSTS AND FUNDING OF MENTAL HEALTH SERVICES

A report issued in June 2004 by the Mental Health and Social Exclusion Unit under the Office of the Deputy Prime Minister provides the following figures on costs associated with mental illness in England:

- The overall costs of mental health problems in England are estimated to be £77.4 billion annually. The impact on quality of life, including premature mortality, accounted for well over half that figure.
- Output losses associated with missed employment opportunities were estimated at over £23 billion per year.
- The economic costs of suicide are estimated to be in the region of £5.3 billion.

In terms of spending, the Secretary of State for Health told the Parliamentary Select Committee on Health in 2000 that mental health services accounted for around 12% of the total hospital and community health services budget. Ms. Richardson indicated to the Committee that in 2001-02 this figure had risen to 13%. At the same time, she insisted that it was important to recognize that

> *Hospital and community health service expenditure is only a portion of the money that is spent on mental health. We also have social care spending, which goes down a separate route to local government for social services, education services and the like.*

In this regard, an estimate made by the Sainsbury Centre for Mental Health[16] (2003) suggested that about 80 per cent of total spending on mental health services is funded by the NHS. Of the remainder, 15 per cent comes from the social services budgets of local authorities, 3 per cent is covered by the Mental Health Grant (a ring-fenced grant for mental health services made available to local authorities by central government) and the balance comes from other sources, including user charges.

The Sainsbury Centre also estimated that around 75 per cent of total expenditure on mental health services corresponds to the direct costs of service provision (mainly staff costs), while the remaining 25 per cent is accounted for by indirect costs, overheads and capital charges.

As noted earlier, the NHS Plan envisaged increasing funding for mental health in order to pay for an expansion of services. In its report on mental health spending, the Sainsbury Centre calculated that cash spending on adult mental health services (NHS and local authority combined) increased by 7.1 per cent in 2002/03, and is planned to rise by 6.3 per cent in 2003/04. In both years, however, their analysis indicates that growth in expenditure on mental health services is significantly slower than the growth in overall spending on health and social care. This means that, adjusting for the effects of pay and price rises,

---

16 The Sainsbury Centre for Mental Health (SCMH) is a charity that works to improve the quality of life for people with severe mental health problems. It carries out research, development and training work to influence policy and practice in health and social care. The SCMH is affiliated to the Institute of Psychiatry at King's College, London. Its work is highly respected world-wide.

expenditure on mental health services will increase at less than half the rate of total spending on the NHS and social services over the two years 2002/03 and 2003/04.

The Sainsbury Centre thus concluded that despite its status as a priority service, the share allocated to mental health in NHS and social service budgets is falling. It notes that the rise in spending is also well below the average rate of increase of 11.5% per annum that is required to implement the National Service Framework for Mental Health in line with the Government's timetable. According to them, if the timetable is to be met, annual cash expenditure on mental health services would need to increase at nearly double the rate recorded in 2002/03 and 2003/04.

While they observe that there are local differences in spending patterns, the Sainsbury Centre concludes that these should not be allowed to obscure the "single most important finding" of their study, which is that at the national level current expenditure trends imply a widening gap between promise and performance in the delivery of better mental health services. In their view, decision makers are faced with a clear choice: either scale back the reform agenda or ensure that mental health gets more resources.

However, in her testimony to the Committee Ms. Richardson stated:

> *I think I have to challenge robustly the perception that there has not been an increase in resources for mental health in association with the national service framework. As I think I said earlier, the NHS plan set out how an additional £330 million over and above baseline would be invested in the NHS in order to fast-forward the national service framework by 2003-04.*

She also pointed out that:

> *Our evidence supports the fact that that money did go into mental health services. We know that up to April last year an additional £262 million was spent on mental health over and above the baseline figure for 2001.*

At the local level, however, there are additional challenges posed by the new ways in which funds are now directed to local needs. As noted earlier, locally run Primary Care Trusts (PCTs) now receive NHS funding directly from central government rather than through Health Authorities. PCTs are responsible for allocating these funds between different health services, including services for mental health, and also for setting local priorities for the future development of services. PCTs are the major source of funding for mental health care and in theory can redirect resources between services and providers according to local priorities..

A recent study was conducted by the King's Fund on mental health services in London (2003). It noted that although responsibility for commissioning most mental health services has now passed from health authorities to PCTs, "most PCTs appear to have been unable to devote as much time to mental health commissioning as might be expected from the *size* of their budgets, or as required, given the state of development of mental health services." The

Sainsbury Centre surveyed the Local Implementation Teams (LITs) that are responsible for putting the mental health reforms into practice. Overall, their analysis suggested that 58 per cent of LITs think that funding in 2003/04 is unlikely, on balance or otherwise, to be sufficient to maintain baseline services and deliver the Government's reform programme, while 42 per cent took a more optimistic view. Evidence from Local Delivery Plans, covering the three years to 2005/06, also indicates that there is likely to be under-performance against national targets and policy objectives.

More generally, mental health budgets are being squeezed as a result of a number of pressures. The most important of these are staff shortages (leading to high levels of spending on costly forms of temporary staffing), the rapid growth of prescribing costs and the requirement to pay off inherited debts. For example, the Sainsbury Centre gave an illustration of an extreme budget overrun: a trust in the south of England reported overspending £145,000 on advertising for staff and £1,672,000 on medical locums.

A report prepared for the Mental Health Providers Forum (MHPF) in 2002 estimates that expenditure on and by the voluntary sector in providing mental health services corresponds to about 10 per cent of public expenditure on mental health. The combined income of MHPF members in 2001/02 was £320 million, much of which was received from the NHS and local authorities for mental health services provided on a contractual basis. Residential care was the largest area of contracted activity with 69 per cent of total spending, followed by community services (23 per cent). The balance of expenditure went on a range of services including information, advocacy, research, campaigning, training and support for caregivers.

3.3 SERVICE DELIVERY AND ORGANIZATION

The modernization of mental health services in the UK is taking place within the context of significant organizational change. Within the public sector, the main organizational change of recent years has been the emergence of specialist mental health trusts, many of which are still in the process of being developed as a number of different agencies are amalgamated to create a single provider responsible for the broad spectrum of mental health services within each locality. Some of these providers have been set up as health and social care trusts, with unified budgets combining health and social service funding as well as common staffing and premises.

The development of these specialist mental health trusts is a new phenomenon, the majority having come into existence in April 2002. They replace an array of services that had previously been provided and managed by acute trusts, community trusts and some specialist mental health trusts. Mental health trusts vary across a range of dimensions, including: the size of their overall budgets, numbers of staff employed, numbers of inpatient beds, numbers of sites for delivering services and the range of geographical areas covered.

They also vary in terms of the range of client groups served. Many cater to people with learning difficulties. Most provide services for older people and for children and adolescents as well as for adults of working age. Increasingly, trusts may also provide "home treatment" or "crisis services", which aim to care for individuals experiencing acute mental distress to enable them to remain in the community, usually at home, instead of becoming hospital in-

patients. The NHS trusts providing general mental health services often also have access to a locked ward, or intensive care ward, where patients who need a higher level of physical security, or greater staff input than is possible on acute wards, can be cared for.

Both the Royal College of Nursing and the Royal College of Psychiatrists argued in their testimony to a Select Parliamentary Committee in 2000 that good quality community care is only possible if patients also have access to good quality in-patient care. The Select Committee received evidence from a variety of witnesses that indicated that much in-patient care was still of low quality. The Select Committee referred to a study by the Sainsbury Centre which suggested that the pressures on acute beds were so great that the environment was positively "untherapeutic", that services lacked clear goals, and links with community services were poor. The Mental Health Foundation similarly suggested to the Committee that the "real weakness" in the mental health service at present was to be found in acute wards.

A substantial proportion of mental health services are also provided in primary care settings. The Report on Mental Health and Social Exclusion indicated that "approximately nine out of ten adults with mental health problems, and one quarter with severe mental health problems receive all their support from primary care," and that "around 30 per cent of GP consultations concern mental health problems, usually depression, eating disorders and anxiety disorders."

At the same time, Ms. Richardson indicated that "it is fair to say that we have not had a formal strategy for the integration of primary and secondary care." However, she did inform the Committee about a particular initiative designed to improve the delivery of services at the primary care level. The NHS plan of 2000 set a target to develop 1,000 new graduate primary care mental health workers by December 2004, in order to help GPs manage and treat people of all ages with common mental health problems. In Ms. Richardson's terms, "the graduate worker is a new breed of worker." She described the program as follows:

> *...we had a group of able [university] graduates in our system who wanted to work in the NHS who could be trained, so the evidence suggested, to deliver brief, effective evidence-based treatments in primary care for people with common disorders... we set up 12 new programs of education and training across England to provide them with one year of post-graduate certificate level training offered on a day-release basis.*
>
> *Our graduate workers, thus far, tend to have qualifications in social sciences or psychology and are not nurses. That additional one year of post-graduate training qualifies them to deliver the kind of self-help, the information dissemination, and some of the brief effective cognitive behavioural treatments for people with common disorders.*

The NHS Plan also contained a number of other specific targets, including the creation of an additional 50 assertive outreach teams. According to Ms. Richardson, this goal has been met. She told the Committee that an assertive outreach team

...is a small multidisciplinary team consisting of anywhere between 9 to 15 staff. Their aim is to focus particularly on the estimated 1,500 people who are in the mental health service system with a severe mental illness and who are at particular risk of falling out of contact with services or of disengaging with their key workers.

The assertive outreach team would start its work after a period of admission. Let us say, typically, a service user would have an admission to a psychiatric hospital, have a period of treatment and get a care plan. The assertive outreach team would follow up, as the name suggests, quite assertively. They would visit the person at home; if the person missed an appointment, they would chase it up. They might see the service user, the patient, in the place of his or her choosing. We know assertive outreach teams that work in the local launderette, and they will be trying to help ensure that the service user sticks with the care plan and does not fall out of contact.

In addition to the major service providing agencies, there is usually a range of independent providers in most localities. Quite often these are voluntary sector agencies that are part of national bodies. The private sector can also be part of the local scene, most notably as providers of secure and special needs accommodation. As well, there are private landlords who have specialized in providing accommodation for people with mental health needs in certain areas.

3.3.1 Human Resources

There remain many serious problems across the UK with the recruitment and retention of mental health staff. Significant staffing shortages, primarily of psychiatrists and inpatient nurses, continue to have a major impact on clinical leadership and the quality of care. As noted earlier, problems recruiting and retaining staff lead to a high use of temp and agency staff. However, local experience varies, depending on working conditions, recruitment strategies and the attraction of particular organisations and localities.

In 2000, the Secretary of State for Health testified to a Parliamentary Committee that there were shortages of nurses, psychiatrists "and other specialist staff," but he also noted that the picture varied at both local and regional level and that the figure for nursing vacancies in mental health nursing (2.1%) was actually below the general nursing figure (2.6%). The Royal College of Psychiatrists estimated in its testimony to the Committee that there is "an average of something like 15 per cent consultant psychiatric vacancy across the country."

A study conducted by the Commission for Health Improvement (CHI) in 2003 indicated that many permanent staff are working excessive hours. At the same time, CHI was impressed by the commitment and dedication of clinical, non clinical and care staff to providing high quality care to service users across the sector, despite the fact that many staff work under considerable pressure in difficult environments.

3.3.2 Services to Minorities

The Report on Mental Health and Social Exclusion indicated that in the UK:

- People from ethnic minority groups are six times more likely to be detained under the Mental Health Act than white people;
- Rates of diagnosed psychotic disorders are estimated twice as high among African Caribbean people than white people, although they are three to five times more likely to be diagnosed and admitted to hospital for schizophrenia;
- South Asian women born in India and East Africa have a 40 per cent higher suicide rate than those born in England and Wales.

Statistical evidence presented to the Select Committee on Health in 2000 by the British Psychological Society also pointed to the tendency of ethnic minority patients to access services later, when they are more severely ill and more likely to be detained. Other evidence given to the Select Committee indicated that the services offered to visible minorities are often "inappropriate or insensitive." Some minority groups are also under-represented in services. It was pointed out to the Select Committee that women from South Asian communities, for example, make below-average use of formal mental health services and have an above-average suicide rate.

The reasons put forward by witnesses to the Select Committee as to why ethnic minority use of mental health services is significantly different from that of white patients fell into two broad categories: the inappropriateness of services and a failure by service providers to understand the needs of ethnic minority patients. The Select Committee expressed concern that despite the fact that these problems have been recognized for some years, change remains slow in coming.

3.4 PROMOTION AND PREVENTION

3.4.1 Countering Stigma and Discrimination

As noted above, the National Service Framework for Mental Health (Standard One) aims to ensure that health and social services promote mental health and reduce discrimination and social exclusion. Ms Richardson told the Committee that the Government began

> *in March 2001 by launching a national campaign called 'Mindout for Mental Health.' That campaign was aimed at tackling the stigma and discrimination faced by people with mental health problems. It was designed to support their social inclusion.*

This campaign lasted for three years and concluded in March 2004. One of the positive features of the 'Mindout' campaign that was identified in the report on Mental Health and Social Exclusion was its use of an 'Ambassador Bureau,' composed of more than 40 people with experience of mental health problems who were trained to speak to the media and

employers about their experiences. Evaluation found that ambassadors were perceived to make the campaign 'human and personal', and that hearing first-hand about mental health problems challenged misconceptions.

Another anti-stigma effort, the five-year 'Changing Minds' campaign organized by he Royal College of Psychiatrists' ended in late 2003. Ongoing campaigning work is also being pursued by number of voluntary organizations. Within governmental structures, the National Institute for Mental Health in England (NIMHE) has lead responsibility for tackling stigma and discrimination around mental health problems.

While there has thus been considerable effort to tackle stigma in England, the report on Mental Health and Social Exclusion notes that "this has not always been well co-ordinated, and has focused on education and awareness rather than achieving behavioural change." The report concluded that "two key lessons from the 'Mindout' campaign were the need for longer-term funding strategies and robust evaluation." It further cited a literature review of international work that had been commissioned by NIMHE that found that average spending on mental health awareness in England is lower and more short-term than in countries with more successful programmes (see table below). Thus while the report identified stigma and discrimination as being "the greatest barriers to social inclusion for people with mental health problems," it also concluded that "despite a number of campaigns, there has been no significant change in attitudes."

INTERNATIONAL SPENDING ON MENTAL HEALTH CAMPAIGNS PER HEAD OF THE GENERAL POPULATION*	
Mindout for mental health	1.44 pence
See Me, Scotland**	13 pence
Like Minds, Like Mine, New Zealand	$NZ1 (approx 36 pence)

* Figures are an approximation of overall spending divided by population, with annual spending averaged over the campaign. Each British pound is made up of 100 pence and is worth approximately CA$2.43.
** See box at next page.

The new strategy outlined in the report to combat stigma and discrimination is therefore based on the recognition that dealing with mental health problems requires more than a medical solution. In particular, the report argues that a positive response on the part of society to accommodate people's individual needs and to promote mental well-being is needed. To accomplish this, it sets out a 27-point action plan to bring together the work of government departments and other organizations in a concerted effort to challenge attitudes, enable people to fulfill their aspirations, and improve opportunities and outcomes for this excluded group.

SEE ME CAMPAIGN, SCOTLAND

See Me is an anti-stigma campaign run by an alliance of five Scottish mental health organisations and supported by the Scottish Executive. The campaign is a major part of the National Programme for Improving Mental Health and Well-being. It was launched in October 2002, and has almost £3 million of funding over four years (to 2005-06). It has been developed through extensive consultation with people with experience of mental health issues. The campaign works on a national level, underpinned by local activities. It uses multimedia advertising, supported by people with mental health problems trained to speak to the media. *See Me* includes a 'stigma stopwatch' that encourages people to respond to discriminating attitudes and language in the media. Recognition of the campaign has been maintained at 28 per cent.

The plan includes a programme to challenge negative attitudes and promote awareness of people's rights. This new anti-stigma programme is backed by a £1.1 million investment from the Department of Health and additional funding has been made available through other government departments. It will be led by NIMHE and, according to the Report, the programme will:

- be based on international evidence of what works, and learn from previous mental health and health promotion campaigns;
- target key audiences, in particular employers, young people and the media;
- deliver consistent, tested messages under a single brand;
- promote the positive contribution that people with mental health problems can make to society;
- have sustained funding to plan ahead;
- address issues of ethnicity and gender;
- provide a framework and materials to support local campaign work, targeting in particular issues facing deprived neighbourhoods;
- be clearly evaluated by a regular survey.

3.4.2 Suicide Prevention

There has been a National Suicide Prevention Strategy for England in place since 2002. It was developed to implement the target of reducing the death rate from suicide and undetermined injury by at least a fifth by the year 2010 that had been set out by the Government in a 1999 White Paper, *Saving Lives: Our Healthier Nation.*

The plan is seen as an on-going, co-ordinated set of activities that strives to be to be comprehensive, evidence-based, specific and subject to evaluation. It will be delivered as one of the core programmes of the National Institute for Mental Health in England (NIMHE). The plan sets six goals, each of which further embrace a number of more specific objectives. These goals, followed by the objectives, are listed in the box below.

Ms Richardson told the Committee that the strategy would appear to be bearing fruit:

> *The first report of progress with the strategy was published last year. There are encouraging signs that the rate of death by suicide is falling. The data for the last two years show the lowest rate yet. The three-year average for 2000-2002 was the lowest rate yet compared with the baseline that we set in 1995. Currently the rate is 8.9 deaths per 100,000 population. That compares moderately favourably with the European rate, which I think was 8.8 at last count.*

NATIONAL SUICIDE PREVENTION STRATEGY FOR ENGLAND

GOAL 1 To reduce risk in key high risk groups.

- Reduce the number of suicides by people who are currently or have recently been in contact with mental health services.
- Reduce the number of suicides in the year following deliberate self-harm.
- Reduce the number of suicides by young men.
- Reduce the number of suicides by prisoners.
- Reduce the number of suicides by high risk occupational groups.

GOAL 2 To promote mental well-being in the wider population.

- Promote the mental health of socially excluded and deprived groups.
- Promote mental health among people from black and ethnic minority groups, including Asian women.
- Promote the mental health of people who misuse drugs and/or alcohol.
- Promote the mental health of victims and survivors of abuse, including child sexual abuse.
- Promote mental health among children and young people (aged under 18 years).
- Promote mental health among women during and after pregnancy.
- Promote mental health among older people.
- Promote the mental health of those bereaved by suicide.

GOAL 3 To reduce the availability and lethality of suicide methods.

- Reduce the number of suicides as a result of hanging and strangulation.
- Reduce the number of suicides as a result of self-poisoning.
- Reduce the number of suicides as a result of motor vehicle exhaust gas.
- Reduce the number of suicides on the railways.
- Reduce the number of suicides as a result of jumping from high places.
- Reduce the number of suicides using firearms.

GOAL 4 To improve the reporting of suicidal behaviour in the media.

- Promote the responsible representation of suicidal behaviour in the media.

GOAL 5 To promote research on suicide and suicide prevention.

- Improve research evidence on suicide prevention.
- Disseminate existing evidence on suicide prevention.

GOAL 6 To improve monitoring of progress towards the *Saving Lives: Our Healthier Nation* target for reducing suicide.

- Monitor suicide statistics relevant to the goals and objectives in the strategy.
- Evaluate the national suicide prevention strategy.

3.5 PROSPECTS FOR FUTURE REFORM

Mental health services are now almost half way into the ambitious 10 year programme outlined in the National Service Framework (NSF), and much progress has been made. However, concerns remain about whether the goals that it set out will be fully met. For example, in 2000, the Commons Select Committee on Health described the system as a "patchwork quilt", with enormous variations in both standards of service and methods of service delivery around the country. In 2003, the Commission for Health improvement concluded that the historical legacy of the neglect of mental health services had still not been overcome.

Both the direction of reform and the concrete implementation of changes to the organization and delivery of services remain the subject of debate. Concerns have been expressed in recent reports over the priority accorded to mental health within the overall health system and over the implementation of the commissioning process for mental health services. More emphasis is seen as being given to the acute sector, particularly to reducing waiting times and extending patient choice, leaving the NSF and NHS Plan targets for mental health relatively low on the list of priorities.

Challenges also remain in the devolution of the commissioning of mental health services to local trusts so that the full benefits of this shift can be reaped. In particular, the dilution of expertise across a large number of commissioners has been identified as a potential source of problems. In spite of the positive developments associated with commissioning, there are commentators who have argued that the effectiveness of commissioning has a long way to go; and in the mental health field, commissioning seems particularly patchy and under-developed.

In its recent report, the Sainsbury Centre painted a picture of a system that is under a range of pressures which — taken together — in their eyes raise questions about the deliverability of the Government's reform agenda. They noted that it remains the case that the finances of many mental health providers are in a precarious state. At the same time, witnesses indicated to the Committee that the Government was committed to mental health reform and to making the necessary resources available.

3.6 COMMITTEE COMMENTARY

The Committee was very impressed by the scale of the planning that has taken place in England since the introduction of the National Service Framework for Mental Health in 1999, in particular the 10-year planning horizon and the detailed standards for service delivery that it sets out.

The Committee was also struck by the importance of the Local Implementation Teams that were established in order to translate and adapt the framework to local conditions, as well as by the emergence of mental health trusts that are designed to create a single local provider of mental health services. In the same vein, the Committee was impressed by the creation of a separate implementation arm, the National Institute for Mental Health in England, whose tasks include assisting in training, disseminating expertise and propagating best practices.

In general, the Committee noted the enormous challenge that confronts government in funding and organizing reform in the mental health sector. The Committee was further impressed by the careful attention paid to the assessment of the implementation of mental health reform both by governmental agencies and by non-governmental organizations in England.

It would also seem possible to conclude from recent experience in England that human resource shortages have the potential to engender serious short term financial consequences throughout the system, as well as to pose a threat to the realization of reform plans. In this regard, the training of graduate mental health workers to assist in the delivery of services at the primary care level struck the Committee as an important initiative.

Finally, the Committee was impressed by the ongoing commitment to fight stigma and discrimination that confront people living with mental health disorders, and, in particular by the scope of the initiatives announced in the report on Mental Health and Social Exclusion in June 2004. The UK experience also shows, however, that changing attitudes is no simple matter, and that adequate resources as well as perseverance are required. The Committee

noted as well that there are recent indications that mental health promotion and suicide prevention have contributed to declining suicide rates in England.

CHAPTER 4:
MENTAL HEALTH CARE IN THE UNITED STATES[17]

4.1 HISTORY AND OVERVIEW

The American health care system is unique in the extent to which it relies on the private sector both to provide health care coverage and deliver health services. Private sources account for 55% of health care financing, made up of private health care insurance (33%), out-of-pocket payments made by individuals under both public and private plans (17%), and other sources (5%). The majority of Americans receive their private insurance coverage through employer-sponsored plans.

The federal government contributes approximately 33% of total health care spending, with state and local governments paying the remaining 12%. The national government of the United States is responsible for administering and operating Medicare, which provides health care insurance for the elderly. Jointly with the states, it finances Medicaid for the poor and the State Children's Health Insurance Program (SCHIP) for children. Overall, public health care insurance covers about 24% of the population in the United States.

Medicare is a federal health care insurance plan for people 65 years of age and over, some people with disabilities under 65, and people with end-stage renal disease. Medicaid is a joint federal and state means-tested health care insurance plan available to people with low income. The federal government pays from half to over 75% of the cost incurred by individual states in providing coverage for the poor, depending on the wealth of individual states. It also establishes national guidelines for Medicaid eligibility and services. However, each state administers its own program and sets the rate of payment for services. All states are held to minimum requirements for eligibility and for required services but, with federal agreement, they may expand eligibility or services provided. Medicaid programs therefore vary from state to state.

4.1.1 Mental Health

In the words of a recent report by the President's New Freedom Commission on Mental Health, the current mental health care system in the United States "is a patchwork relic," that

---

[17] Unless otherwise indicated, the information in this document is drawn from the following sources: *Mental Health: A Report of the Surgeon General* (1999), in particular Chapter 6, "Organizing and Financing Mental Health Services"; U.S. Department of Health and Human Services, *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action* (2001); The President's New Freedom Commission on Mental Health *Final Report* (July, 2003) and *Interim Report* (October, 2002); Tanner, Jane "Mental Illness Medication Debate," *The CQ Researcher*, Feb. 6, 2004, pp. 109-118; Cunningham, Robert "The Mental Health Commission Tackles Fragmented Services: An Interview With Michael Hogan," *Health Affairs*, Web Exclusive, Sept. 9, 2003; Barry, Colleen L., and Jon R. Gabel, Richard G. Frank, Samantha Hawkins, Heidi H. Whitmore, and Jeremy D. Pickreign "Design Of Mental Health Benefits: Still Unequal After All These Years," *Health Affairs*, Vol. 22, No. 5, Sept.-Oct. 2003, pp. 127-37; Hogan, Michael F. "The President's New Freedom Commission: Recommendations to Transform Mental Health Care in America," *Psychiatric Services*, Vol. 54, No. 11, Nov. 2003, pp. 1467-1474; Mechanic, David and Scott Bilder, "Treatment Of People With Mental Illness: A Decade-Long Perspective," *Health Affairs*, Vol. 23, Number 4, July/August 2004.

is in need of "dramatic reform" because it "does *not* adequately serve millions of people who need care." Analysts agree that the American mental health services system defies easy description. In fact, the Report of the Commission insists that "the reality is that the mental health system looks more like a maze than a coordinated system of care."

Mental disorders and mental health problems in the United States are treated by a variety of caregivers who work in diverse, relatively independent, and loosely coordinated facilities and services—both public and private—that researchers refer to, collectively, as the de facto mental health service system. These programs exist at every level of government and throughout the private sector and have varying missions, settings, and financing.

About 15 percent of all adults and 21 percent of U.S. children and adolescents use services in the de facto system each year. The system is usually described as having four major components or sectors:

- The specialty mental health sector consisting of mental health professionals such as psychiatrists, psychologists, psychiatric nurses, and psychiatric social workers who are trained specifically to treat people with mental disorders.
- The general medical/primary care sector consisting of health care professionals such as family physicians, general internists, paediatricians, and nurse practitioners in office-based practice, clinics, acute medical/surgical hospitals, and nursing homes.
- The human services sector consists of social services, school-based counselling services, residential rehabilitation services, vocational rehabilitation, criminal justice/prison-based services, and religious professional counsellors.
- The voluntary support network sector, which consists of self-help groups, such as 12-step programs and peer counsellors, is a rapidly growing component of the mental and addictive disorder treatment system.

The de facto mental health service system is also divided into public and private sectors. The term "public sector" in this context refers both to services directly operated by government agencies (e.g., state and county mental hospitals) and to services financed with government resources (e.g., Medicaid, and Medicare). Publicly financed services may be provided by private organizations. The term "private sector" refers both to services directly operated by private agencies and to services financed with private resources (e.g., employer-provided insurance).

Most Americans (84 percent) have some sort of insurance coverage—primarily private insurance obtained through the workplace. However, its adequacy for mental health care is extremely variable across types of plans and sponsors. The public sector serves those individuals with no health insurance, those who have insurance but no mental health coverage, and those who exhaust limited mental health benefits in their health insurance.

Each sector of the de facto mental health service system has different patterns and types of care and different patterns of funding. According to the President's Commission, the causes of the fragmentation of the existing system are not a lack of commitment and skill on the part of those who deliver care, but rather stem from underlying structural, financing, and

organizational problems, whose roots go back to the 1950s when the move away from care in institutions to care in communities began.

De-institutionalization was motivated by reformers' desire to bring services to people in their communities, but its unintended consequence was that responsibility became scattered across levels of government and across multiple agencies. The shift began under President Dwight D. Eisenhower, but it got a big push when President John F. Kennedy signed the Community Mental Health Centers Construction Act in 1963. It set up a funding stream for local programs, with a goal of cutting state mental hospital populations by half.

This goal was far exceeded: only 40,000 hospital beds exist today for the mentally ill, compared with some 550,000 in 1955. However, goals for developing community mental health centers did not fare as well. Only about half the intended centers were initiated and federal funding covered only the seven-year start-up period. In 1981, the mental health centers program was replaced with a block grant for mental health.

But communities did not embrace the psychiatric patients who were thrust into their neighborhoods, and most of the money saved by closing state hospitals was not put back into community programs. "Jails and prisons have become the new institutions for many with severe mental disorders, with many others left to fend for themselves as homeless street people," Darrel A. Regier, director of research at the American Psychiatric Association, told the federal mental health commission.

At the same time, Mr. William Emmet, the co-ordinator for the U.S. Campaign for Mental Health Reform, told the Committee that:

> *In many ways, deinstitutionalization was a great success. There were many people who did not belong in the institutions, and they did leave and start living productive lives — or at least far better lives than they had in the institutions. The problem over time has been that people who formerly would have gone to institutions have not been able necessarily to get the services they need.*

And Michael Hogan, the Chair of the President's Commission on Mental Health, added in his testimony before the Committee:

> *None of us in the field would argue for a minute that we ought to go back. The system of institutions failed to touch most people. Those whom it did touch were confined very expensively and they did not get better. They received "three hots, a cot and health care," but they were never able to get a life. We cannot go back to that situation but we have not yet solved the problem of creating a care system that is well organized and robust enough to do a good job.*

Two years after President Kennedy's speech, Medicare and Medicaid were created. Over the years, states increasingly used Medicaid to pay for mental health care. This has led to Medicaid becoming the nation's largest purchaser of mental health care. Critics say that

states moved mental health care into Medicaid simply because the federal government picks up half the tab in a matching contribution, and pays up to 75 percent in poorer states.

The introduction of Medicaid also contributed to the decline of state-run psychiatric hospitals in three ways. First, Medicaid did not reimburse most care provided in these settings. Second, it did pay for acute care in psychiatric units of general hospitals, which became a preferred location for short term treatment. Finally, Medicaid paid for care in nursing homes and much of the decline in the use of state psychiatric hospitals is attributable to the transfer of elderly patients from state hospitals to nursing homes.

Within the framework of the American health care system, mental health care is unique because there are state- and county-administered care systems specifically for a category of illness. The Federal government now pays for most services for people with a serious mental illness, while responsibility for providing them rests with states and localities. However, most Federal resources are in mainstream programs (e.g., Medicaid, Medicare, Vocational Rehabilitation, housing) that are not always tailored to the specific requirements of mental health care and are usually administered by different state agencies. This often leaves consumers and families struggling to find appropriate services.

Moreover, because the provision of mental health care services has now been devolved to fifty states and hundreds of counties and local communities, there is considerable variability in the availability of these services. As Mr. Hogan put it in an interview, "if you've seen one state, you've seen one state."

Major changes have also occurred recently in the private sector, especially with the advent in the 1990s of managed care as the predominant way of organizing private insurance coverage.

4.2 COSTS AND FUNDING OF MENTAL HEALTH SERVICES

4.2.1 The Costs of Mental Illness in the United States

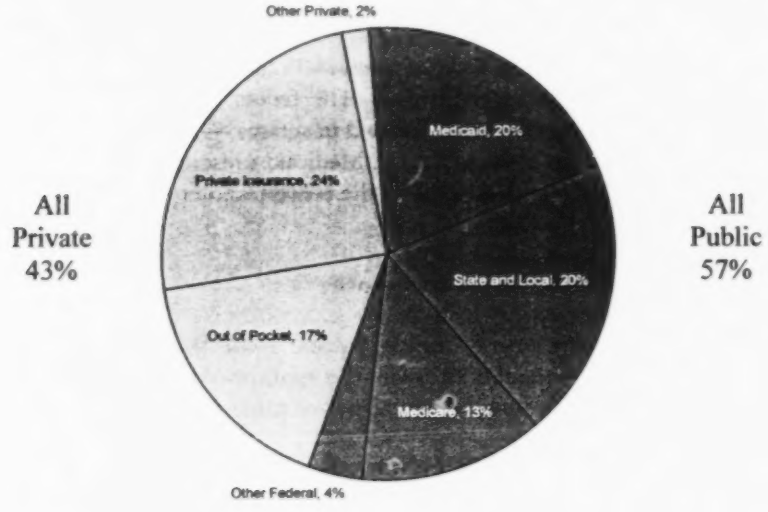
There are both direct and indirect costs of mental illness to the economy. The *indirect costs* of all mental illness imposed a nearly $79 billion loss on the U.S. economy in 1990. Most of that amount ($63 billion) reflects the loss of productivity because of illness. But indirect costs also include almost $12 billion in mortality costs (lost productivity due to premature death), and almost $4 billion in productivity losses for incarcerated individuals and for the time of individuals providing family care.

In 1996, the United States spent more than $99 billion for the *direct* treatment of mental disorders, as well as substance abuse, and Alzheimer's disease and other dementias. Of this, $69 billion was spent in 1996 for diagnosis and treatment of mental illness alone, representing 7% of total health care spending that year. More than 70% of direct mental health spending was for the services of specialty providers, with most of the remainder for general medical services providers.

In 1997, all public sources accounted for 57% of mental health spending, with all private sources covering the remaining 43% (Figure 1). Between 1986 and 1996, mental health expenditures grew at an average annual growth rate of more than 7 percent, compared with

overall rate for health care of more than 8 percent. According to the U.S. Surgeon General, this difference may stem from the greater reliance of mental health services on managed care cost-containment methods during this period. Among the fastest-rising expenses for mental health services were outpatient prescription drugs, which account for about 9 percent of total mental health direct costs.

DISTRIBUTION OF PUBLIC AND PRIVATE MENTAL HEALTH EXPENDITURES, 1997



4.2.2 Publicly Funded Mental Health Insurance

During the past two decades there have been important shifts in who pays for mental health care in the United States. The role of individual states in the direct funding of mental health care has been reduced, whereas Medicaid funding of mental health care has grown in relative importance. This is in part due to substantial funding offered to the states by the Federal government. However, Mr. Emmet noted that, "as a medical entitlement program [Medicaid] covers only certain approved services… and it requires matching contributions from the states that are increasingly difficult for the states to make in these tight budgetary times." One consequence of this shift is that Medicaid is now the largest payer of mental health services in the country and it has therefore become very influential in shaping the delivery of mental health care. Private insurance coverage has played a somewhat more limited role in mental health financing in recent years.

Some Federal funding is directed specifically to mental health programs. One such program, the Community Mental Health Services Block Grant, funded by the U.S. Department of Health and Human Services (HHS) through the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), provides funding to the States and territories. It totaled

approximately $433 million in 2002, but this amounted to less than 3% of the revenues of the State agencies involved.

In fact, larger Federal programs that are not focused on mental health care play a much more substantial role in the financing of mental health services. For example, through Medicare and Medicaid programs alone, HHS spends nearly $24 billion each year on beneficiaries' mental health care (a figure which does not include the state share of Medicaid). Moreover, the largest Federal program that supports people with mental illnesses is not a health services program but rather income support programs run by the Social Security Administration — Supplemental Security Income (SSI) and Social Security Disability Income (SSDI).

Escalating costs, especially for prescription drugs, have placed significant pressure on both individuals and states. In 2002, 25 states spent more money for Medicaid services than they had budgeted, and 28 expected to fall short when 2003 figures were tallied, according to the National Association of State Budget Officers. The federal government stepped in with a one-time infusion of extra cash for state Medicaid programs — a total of $10 billion paid out last year and this year. Between 1990 and 2000, Medicaid prescription costs rose fourfold — from $5.1 billion to $20.9 billion, according to the federal Center for Medicare and Medicaid Services.

4.2.3 Private Mental Health Insurance

As noted above, most Americans (84 percent) have some sort of insurance coverage—primarily private insurance obtained through the workplace. However, its adequacy for mental health care is extremely variable across types of plans and sponsors.

4.2.3.1 Basic Elements Of Private Mental Health Insurance Coverage

Historically, mental health coverage has been more limited than coverage for other medical services. Health plans have tended to require higher co-payments and to set more stringent limits on inpatient hospital days and outpatient visits for mental health treatment. Plans have also limited mental health coverage through the use of annual and lifetime dollar limits. Many have seen these restrictions as a reflection of the stigmatization of mental illness which remains a serious barrier to the provision of adequate care.

In recent years, legislation regulating insurance and fundamental changes in the delivery of mental health services have altered the environment in which mental health coverage is bought and sold. Parity legislation that has been introduced in the Congress and many state legislatures aims to eliminate the difference in insurance coverage for mental health care and other medical conditions. However, to date efforts to attain parity have had an uneven fate, with Congress, for example, not yet having passed such legislation.

Likewise, managed care has transformed the delivery of mental health care services over the past decade. Employers and health plans now frequently contract out administration of their mental health benefits to specialty managed behavioural health care organizations (MBHOs). These carve-outs use specialized expertise to manage utilization and to direct care to treatment in provider networks. Mental health is said to be the only sector of health care where managed care has successfully controlled costs.

A recent survey suggests that 98 percent of workers in the United States with employer-sponsored health insurance had coverage for mental health care in 2002. Ninety-six percent of covered workers had inpatient mental health coverage, while 98 percent had outpatient mental health coverage. From 1991 to 2002, the proportion of workers with some form of health insurance who were offered mental health benefits actually increased.

But although most workers with general health insurance were offered some coverage for mental health services in 2002, firms continued to place special limits on mental health benefits. As already noted, federal and state parity laws have been enacted in recent years in an effort to curb these insurance limitations. However, gaps in these federal and state parity laws have meant that differences in coverage between mental health and general medical benefits persist. Data indicates that 74 percent of covered workers were subject to an annual outpatient visit limit, and 64 percent were subject to an annual inpatient day limit. Although health plans have historically attempted to control costs by requiring that enrollees pay more at the point of service for mental health care compared with other medical services, a recent survey indicated that in 2002 only 22 percent of covered workers had higher cost sharing for mental health benefits

4.2.3.2 Organization Of Private Mental Health Coverage

Managed care has greatly altered the organization and delivery of mental health services. As noted earlier, firms increasingly opt to carve out the administration of mental health benefits to specialty companies. These organizations use specialized expertise to establish networks of providers, negotiate volume-related discount contracts, identify evidence-based treatment protocols, and develop other incentive programs to manage utilization and costs.

Health maintenance organizations were the first form of managed care. They initiated the practice of negotiating contracts to provide all medical services on a prepaid, per capita basis. Today, there exist a number of different types of managed care, such as Preferred Provider Organizations (PPOs — managed care plans that contract with networks of providers to supply services) and Point-of-Service plans (POS — managed care plans that combine features of capitated and fee-for-service insurance). As recently as 1988, insurance based on fee-for-service was the predominant method of financing health care, but managed care arrangements (HMO, PPO, or POS plans), now cover the majority of Americans.

In carve-out Managed Behavioral Health Care, segments of insurance risk—defined by service or disease—are isolated from overall insurance risk and covered in a separate contract between the payer (insurer or employer) and the carve-out vendor. Data suggest that about a third of people with employer sponsored health insurance were offered mental health care through carve-outs. Managed care has shown that it is able to reduce the cost of mental health services, but research is just beginning on whether managed care cost-reduction techniques affect access and quality.

There is concern that restrictive cost-containment strategies and various incentives to providers and facilities to reduce specialty referrals, hospital admissions, or length or amount of treatment may ultimately contribute to lowered access and quality of care. Mental health advocates have worried that strict benefit limitations expose people with serious mental illnesses to catastrophic expenses. Prior authorization constitutes an additional

organizational feature of managed behavioral health care. While it can encourage the use of evidence-based protocols by practitioners, prior authorization has also been used to control utilization. Prior authorization rules require physicians to obtain approval from a health plan or a carve-out prior to prescribing treatment. In 2002, half of all covered workers were required to obtain authorization prior to using outpatient specialty mental health services.

Despite the rise of managed care and behavioral health carve-outs, employees still carry a greater out-of-pocket cost burden for the use of mental health services in comparison with other illnesses. The one mental health benefit consistently on a par with general medical insurance is coverage for prescription drugs (although this may be because psychiatric medicines constitute one component of a package of Medicaid benefits and are not 'carved out'). Outpatient psychotropic drugs now constitute the fastest-growing cost in mental health care. According to a recent study, prescription drug use grew from 22 percent of total mental health care spending in 1992 to 48 percent in 1999 among people with employer-based health insurance.

In summary, continued benefit limits combined with powerful managed care techniques to control utilization have contributed to reduced growth in mental health spending compared with health spending overall; however, they also could signal access problems. In this vein, Mr. Hogan remarked that,

> *... managed care, funded adequately and done well, seems to be the best approach. The trouble is, often it is not funded adequately in the States and, if it is done poorly, it becomes a disaster.*

4.3 SERVICE DELIVERY AND ORGANIZATION

As noted earlier, the recent report by the President's Commission on Mental Health concluded that the mental health service delivery system in the United States needs dramatic reform. While many consumers do receive effective treatments and services, many others do not, as they confront a system in which available services are fragmented, driven by complex financing rules and regulations, and restricted by bureaucratic boundaries. As Mr. Hogan told the Committee:

> *There is this paradox of how there are many more services now than there were a decade ago, and the people who are lucky enough to use them do well. However, the fact that there are all these services has made things much more complicated at the community level, so families do not know where to turn when a problem is emerging. That is the challenge of fragmentation.*

The report by the President's Commission suggested that many of these problems are due to the "layering on" of multiple, well-intentioned programs without overall direction, coordination, or consistency. Given this situation, consumers can often feel overwhelmed and bewildered when they must access and integrate mental health care, support services, and disability benefits across multiple, disconnected programs that span Federal, State, and local agencies, as well as the private sector. Recent reports concur that the system's failings

lead to unnecessary and costly disability, homelessness, school failure, and incarceration. Mr. Hogan described the situation in the following terms:

> *The result has been this patchwork quilt where we have all these different federal agencies that have some responsibility for mental health care. They tend to work through the corresponding agency at the state level...The entities at the state level and then at the local level that are responsible for care are different bureaucracies and different systems, creating the situation where the person with mental illness and the family has to navigate what has become a terribly complicated system; and they must do this, by and large, when they are at their worst.*

While many people are given good care and manage to recover, the reality, according to the Interim Report of the President's New Freedom Commission, is that about one out of every two people in the United States who needs mental health treatment does not receive it.[18] Moreover, the individual who succeeds in accessing care may find that many treatments and services are simply unavailable, especially in rural areas. Also, the quality of care may be inadequate. A diagnosis may sometimes be missed, the dose of medication may be insufficient, or the length of treatment too short. For ethnic and racial minorities, the rate of treatment is even lower than that for the general population, and the quality of care is poorer.

At the same time, a recent article pointed out that there are areas where access to services in the United States is improving, in particular with regard to people suffering from serious mental illnesses (SMI). The authors, David Mechanic and Scott Bilder, write that:

> *The good news—contrary to frequent assertions in the mental health community as noted at the outset—is that access to care for people with SMI has improved, and there is evidence of progress even in the more proximate period between 1997 and 2001. People with SMI were more likely to receive mental health specialty services in 2001 than in 1997, but those with [other mental illnesses] and no mental illness each showed declines. Since the latter two populations are much larger than the population with SMI, these decreases in the aggregate may contribute to the perception that services are less available.*

They also note that:

> *Similarly, numbers of mental health providers have risen dramatically. Although the supply of traditional providers such as psychiatrists and psychiatric nurses has increased only modestly, there have been larger increases in psychology and social work and very large increases in counseling and psychosocial rehabilitation. Patient care full-time-*

---

[18] *Interim Report*, p. 3.

equivalent (FTE) staff in mental health organizations increased from 347,000 in 1986 to 532,000 in 1998.

4.3.1 General/Primary Care

The general medical/primary care sector consists of health care professionals such as family physicians, general internists, paediatricians, and nurse practitioners in office-based practice, clinics, acute medical/surgical hospitals, and nursing homes. More than 6 percent of the adult U.S. population use the general medical sector for mental health care, with an average of about 4 visits per year. The general medical sector has long been identified as the initial point of contact for many adults with mental disorders, and about half of the care for common mental disorders is delivered in general medical settings. Primary care providers actually prescribe the majority of psychotropic drugs for both children and adults.

While primary care providers appear positioned to play a fundamental role in addressing mental illnesses, recent reports have pointed to ongoing challenges in the areas of identification, treatment, and referral. Despite their prevalence, mental disorders often go undiagnosed, untreated, or under-treated in primary care. Although the number identified is increasing, primary care providers' rates of recognition of mental health problems are still low, and referrals from primary care to specialty mental health treatment are often never completed.

4.3.2 Specialty Care

The specialty mental health sector consists of mental health professionals such as psychiatrists, psychologists, psychiatric nurses, and psychiatric social workers who are trained specifically to treat people with mental disorders. The great bulk of specialty treatment is now provided in outpatient settings such as private office-based practices or in private or public clinics. Most acute hospital care is now provided in special psychiatric units of general hospitals or beds scattered throughout general hospitals. Private psychiatric hospitals and residential treatment centres for children and adolescents provide additional intensive care in the private sector. Public sector facilities include state/county mental hospitals and multi-service mental health facilities, which often coordinate a wide range of outpatient, intensive case management, partial hospitalization, and inpatient services. Altogether, slightly less than 6 percent of the adult population and about 8 percent of children and adolescents (ages 9 to 17) use specialty mental health services in a year.

4.3.3 Human Services

The human services sector consists of social services, school-based counselling services, residential rehabilitation services, vocational rehabilitation, criminal justice/prison-based services, and religious professional counsellors. In the early 1980s, about 3 percent of U.S. adults used mental health services from this sector.

4.3.3.1 Employment

People with mental illnesses have one of the lowest rates of employment of any group with disabilities in the United States — only about 1 in 3 is employed. High unemployment

occurs despite surveys that show the majority of adults with serious mental illnesses want to work, and that many could work with help. Unfortunately, according to recent reports, most people with serious mental illnesses do not receive any vocational rehabilitation services at all.

Many consumers with serious mental illnesses continue to rely on Federal assistance payments in order to have health care coverage, even when they have a strong desire to be employed. They face a financial disincentive to achieve full employment because they would lose Federal benefits if they become employed. Since most jobs open to these individuals have no mental health care coverage (according to a large, eight-State study, only 8% of people with mental illnesses who succeeded in returning to full time jobs had mental health coverage), they must choose between employment and coverage. Consequently, they depend on a combination of disability income and Medicaid (or Medicare), all the while preferring work and independence. In fact, they are the largest cohort — 35 percent — of those receiving federal income-assistance checks through the Social Security program for the disabled, called Supplemental Security Income (SSI). In this regard, Mr. Hogan told the Committee that:

> *The biggest single expenditure attributable to mental illness in this country is disability payments for people who have become disabled by mental illness. We send them a cheque every month. It is not adequate enough to live on. Essentially we make a deal with them that they have to stay disabled in order to get that cheque, which is a terrible situation. If we were to provide better care to them and help them get a job — it might not be a full-time, 40-hour job — everybody would be much better off.*

4.3.3.2 Housing

The lack of decent, safe, affordable, and integrated housing is one of the most significant barriers to full participation in community life for people with serious mental illnesses. Today, millions of people in the United States with serious mental illnesses lack housing that meets their needs. The shortage of affordable housing and accompanying support services causes people with serious mental illnesses to cycle among jails, institutions, shelters, and the streets; to remain unnecessarily in institutions; or to live in seriously substandard housing. People with serious mental illnesses also represent a large percentage of those who are repeatedly homeless or who are homeless for long periods of time.

Of the more than two million adults in the U.S. who have at least one episode of homelessness in a given year, 46% report having had a mental health problem within the previous year. A recent study shows that people who rely solely on SSI benefits — as many people with serious mental illnesses do — have incomes equal to only 18% of the median income in the United States and cannot afford decent housing in any of the 2,703 housing market areas defined by the U.S. Department of Housing and Urban Development (HUD).

Federal public housing policies can make it difficult for people with poor tenant histories, substance use disorder problems, and criminal records — all problems common to many

people with serious mental illnesses — to qualify for housing assistance or public housing units.

4.3.3.3 Services For Incarcerated People

About 7% of all incarcerated people in the United States have a current serious mental illness; the proportion with a less serious form of mental illness is substantially higher. People with serious mental illnesses in the U.S. who come into contact with the criminal justice system are often:

- Poor
- Uninsured
- Disproportionately members of minority groups
- Homeless
- Living with co-occurring substance abuse and mental disorders.

They are likely to continually recycle through the mental health, substance abuse, and criminal justice systems.

When they are put in jail, people with mental illnesses frequently do not receive appropriate mental health services. Many lose their eligibility for income supports and health insurance benefits that they need to re-enter and re-integrate into the community after they are discharged.

4.3.3.4 Access To Services In Rural Areas

In rural and other geographically remote areas of the United States, many people with mental illnesses have inadequate access to care, limited availability of skilled care providers, lower family incomes, and greater social stigma for seeking mental health treatment than their urban counterparts. As a result, rural residents with mental health needs in the U.S.:

- Enter care later in the course of their disease than their urban peers
- Enter care with more serious, persistent, and disabling symptoms
- Require more expensive and intensive treatment response.

Compounding the problems of availability and access is the fact that rural Americans have lower family incomes and are less likely to have private health insurance benefits for mental health care than their urban counterparts. Moreover, while most big cities with medical schools have plenty of psychiatrists, smaller cities often do not have enough, and rural areas typically have none.

4.3.3.5 Services To Minorities

Recent reports indicate that the mental health system in the United States has not kept pace with the diverse needs of racial and ethnic minorities, often under-serving or inappropriately serving them. For instance, African Americans are more likely to be over-diagnosed for schizophrenia and under-diagnosed for depression. In general, reports indicate that the system has neglected to incorporate respect or understanding of the histories, traditions, beliefs, languages, and value systems of culturally diverse groups. Misunderstanding and misinterpreting behaviors have led to tragic consequences, including inappropriately placing minorities in the criminal and juvenile justice systems. In this regard, Mr. Emmet told the Committee:

> *In the United States, we are finding that specific communities — that is to say African Americans or the Latino- Hispanic population — really do not avail the public mental health system in great numbers. We know that there is a great deal of stigma involved. We do know, however, that they work through the churches and different community organizations to try to address their problems.*

As a result, American Indians, Alaska Natives, African Americans, Asian Americans, Pacific Islanders, and Hispanic Americans tend to bear a disproportionately high burden of disability from mental disorders. This higher burden does not arise from a greater prevalence or severity of illnesses in these populations. Rather, according to recent reports, it stems from receiving less care and poorer quality of care.

4.3.3.6 Services For Children

Almost 21 percent of children and adolescents (ages 9 to 17) in the United States had some evidence of distress or impairment associated with a specific diagnosis and also had at least a minimal level of impairment on a global assessment measure. Almost half of this group (almost 10 percent of the child/adolescent population) had some treatment in one or more sectors of the de facto mental health service system, and the remainder (more than 11 percent of the population) received no treatment in any sector of the health care system. This translates to a majority of children and adolescents with mental disorders in the U.S. not receiving any care. However, Mechanic and Bilder point to data that indicate that "children's mental health problems are receiving more attention than in earlier periods." In particular, they cite

> *Analyses by Sherry Glied and Alison Evans Cuellar of the 1987 and 1998 National Medical Expenditure Survey [that] noted a 60 percent increase in children with a treated disorder.*

Nonetheless, the General Accounting Office (GAO) recently issued a report that illustrates one serious consequence of the state of mental health services for children and adolescents in the U.S. Thousands of parents have felt themselves obliged to place their children into the child welfare or juvenile justice systems each year so that they may obtain the mental health services they need. Parents who have exhausted their savings and health insurance face the wrenching decision of surrendering their parental rights and tearing apart their families to

secure mental health treatment for their troubled children. The GAO report estimates that, in 2001, parents were forced to place more than 12,700 children in the child welfare or juvenile justice systems as the last resort for those children to receive needed mental health care treatment. According to the President's Mental Health Commission, these numbers are actually likely an undercount because 32 states, including the five largest, were unable to provide data on the number of children affected.

According to the GAO report, several factors contribute to the practice of "trading custody for services," including:

- Limitations of both public and private health insurance
- Inadequate supply of mental health services
- Limited availability of services through mental health agencies and schools
- Difficulties meeting eligibility rules for services.

A lack of access to mental health treatment is thus leading thousands of parents to surrender custody of their children with severe psychiatric disorders to child-welfare agencies and juvenile detention solely to get treatment.

4.4 PROMOTION AND PREVENTION

There are many initiatives underway in the United States with regard to mental health promotion and the prevention of mental illness, substance abuse and addiction. For example, the Committee was told that the National Association of State Mental Health Program Directors is currently in the process of approving a position statement calling for the development of policies and practices for the:

- Promotion of positive mental health,
- Earliest possible identification and intervention in mental health problems,
- Reduction of the incidence of mental illness and suicide,
- Prevention of disability due to mental illness and co-occurring conditions, and
- Prevention of conditions commonly associated with mental illness, including medical illness, substance abuse, and trauma.

To further illustrate the concrete efforts being undertaken in this area, we concentrate below on the National Strategy for Suicide Prevention.

4.4.1 National Strategy for Suicide Prevention

The National Strategy for Suicide Prevention (National Strategy or NSSP) evolved out of a series of initiatives by both governmental and non-governmental actors in the late 90s. In

early 2000, the Secretary of Health and Human Services officially established the National Strategy Federal Steering Group to facilitate its initiation.

The overall aims of the strategy are to:

- Prevent premature deaths due to suicide across the life span
- Reduce the rates of other suicidal behaviors
- Reduce the harmful after-effects associated with suicidal behaviors and the traumatic impact of suicide on family and friends
- Promote opportunities and settings to enhance resiliency, resourcefulness, respect, and interconnectedness for individuals, families, and communities.

The document, *Goals and Objectives for Action* was released in 2001 in order to articulate of a set of goals and objectives and to provide a roadmap for action. It presents the 11 goals and 68 objectives for this component of the National Strategy. A set of activities will be developed for each objective in the next phase of the NSSP.

The goals of the Strategy refer to broad and high-level statements of general purpose that are meant to guide planning around an issue, and that focus on the end result of the work. The objectives of the Strategy narrow the goal by specifying the who, what, when and where associated with obtaining the goal. Finally, activities specify how these objectives will be reached.

The Goals of the Strategy are to:

- Promote awareness that suicide is a public health problem that is preventable
- Develop broad-based support for suicide prevention
- Develop and implement strategies to reduce the stigma associated with being a consumer of mental health, substance abuse and suicide prevention services
- Develop and implement community-based suicide prevention programs
- Promote efforts to reduce access to lethal means and methods of self-harm
- Implement training for recognition of at-risk behavior and delivery of effective treatment
- Develop and promote effective clinical and professional practices
- Improve access to and community linkages with mental health and substance abuse services
- Improve reporting and portrayals of suicidal behavior, mental illness and substance abuse in the entertainment and news media
- Promote and support research on suicide and suicide prevention
- Improve and expand surveillance systems

The National Strategy is designed to serve as a model that can be adopted or modified by States, communities, and tribes as they develop their own suicide prevention plan. In this sense, the National Strategy is seen as articulating a framework for national efforts, while also seeking to assist local groups in making suicide prevention into a higher priority for action.

A significant next step that is envisaged as part of the National Strategy is to develop an operating structure or coordinating body that could become the national focus for prevention activities and provide a mechanism for engaging public will. The document *Goals and Objectives for Action* envisions this body as a public/private partnership, that could shepherd the development of an action agenda, although it acknowledges that, to expedite progress, the development of a coordinating body and an action agenda might have to proceed in tandem.

4.5 PROSPECTS FOR FUTURE REFORM

The President's New Freedom Commission on Mental Health, the first presidential mental health commission in 25 years, published its final report in July, 2003. The Commission was created by the White House in February 2001 as part of a broad cross-disability action plan, the New Freedom Initiative, that encompassed ten proposals designed to "tear down the barriers that face Americans with disabilities today."

Because Presidential attention to mental health is rare, the Commission set itself the goal of galvanizing change at all levels—not just in the federal government. Drawing on the experience of past commissions, the New Freedom Commission concluded that its objective should be to foster progress by staged, incremental, changes in major federal programs such as Medicaid, Medicare, and Social Security, rather than by seeking "big-bang" reform measures or increased support for specific mental health programs. Mr. Hogan explained the strategy behind the report to the Committee in these terms:

> *The logic of what our group proposed was to try to sidestep the notion of reform or reorganization. We had a sense that reform had gotten us into this mess, and we had to have a different language or concept. We ended up being galvanized around this notion of transformation. We do not know exactly what it means, but we think that this transformation means that actions are necessary at many levels. It is not just a federal problem such that the wisdom will flow out of the national capital and local people will adapt. We need local action as well and we need small and large actions, not just large and unachievable actions. For example, creating a situation wherein individual patients and families are more empowered in their own treatment sounds like a small change but, in the long run, it may be more potent or revolutionary than larger changes. We propose the idea of national vision for mental health care and the establishment of national goals, which we hope would serve to motivate and organize people…*

In addition to its interim (October, 2002) and final reports, the Commission also developed a series of detailed reports on components of mental health care that will be published later as working papers, in the hope that this will help create an agenda that could serve the field well in future years.

The interim report identified five major barriers to care:

- Fragmentation and gaps in care for children,
- Fragmentation and gaps in care for adults with serious mental illnesses,
- High unemployment and disability for people with serious mental illnesses,
- Lack of care for older adults with mental illnesses, and
- Lack of national priority for mental health and suicide prevention.

However, the aspect of the interim report that seemed to attract the most attention was the Commission's statement that, "the system is in shambles." This language was criticized by some as too strong, but the Commission stuck by its indictment of what it saw as a failed system in order to set the stage for strong recommendations in its final report.

The Final report is animated by a focus on the idea of recovery. Mr. Hogan told the Committee that they were inspired to adopt this orientation by a remark that former First Lady Rosalynn Carter made to them:

> *Ms. Carter said that…there was one thing that we have going for us today that did not exist a generation ago. One thing has changed that is more significant than anything else: we now understand today that recovery is possible for any individual with a mental illness.*

Recovery is seen by the Commission as a process of positive adaptation to illness and disability, linked strongly to self-awareness and a sense of empowerment that could give people with mental illness a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with the limitations caused by illness. The Commission members united around the view that the possibility of improvement and hope should be available to all individuals who have a mental illness. Mr. Hogan amplified this point in his testimony to the Committee:

> *This is a simple but powerful statement that has several meanings in the mind of our commission. First, it is possible for people to get better even if we might have thought years ago that they were "hopeless cases." Second, even if people have a serious illness that may affect them for a decade or longer, they can achieve a good quality of life with the right kind of support. Recovery is not necessarily just a miracle cure but it can be a case of coping well with a devastating illness. Third, recovery for people in the mental health system is beginning to imply hope as a core ingredient of our approach to care, as opposed to a notion that is more passive and oriented to maintenance.*

In its report, the Commission identified the magnitude of the fragmentation of the system and recognized that the complexity of making changes in mental health care makes reform a daunting task. It was clear to the Commission that no single reform measure is sufficient to produce needed change, but also that simultaneous large-scale reform of multiple programs would be unlikely to lead to the desired change. In particular, the Commission emphasized the importance of developing individualized plans for treatment, although, as Mr. Hogan explained:

> *We do not know exactly how to do this, but we believe we need to move in the direction of care being more individualized and geared to a personalized effort so that the family and the individual have greater input and control of their care plan. That does not imply total control but rather a genuine partnership with professionals, as opposed to simply getting a diagnosis and taking the medicine.*

In order to create a shortlist of benchmarks to be tracked and monitored, the Commission proposed six national goals for mental health care, and organized its nineteen major recommendations around the achievement of these goals (see box below). Mr. Emmet stressed to the Committee that:

> *The six goals for transformation of the system laid out by the commission in its final report are actionable…at the local, state and federal levels. While the commission report is intentionally short on detail, it does provide a very useful and farsighted framework for getting at the central problem that was identified by the Surgeon General in his report — that is, we know what services work but we make it very difficult for those who need them to get them.*

The members of the Commission are under no illusion that their report, no matter how well received it is in the mental health community, will by itself transform a fragmented and often troubled system. However there are some signs that the current U.S. administration is prepared to follow through on implementing the report. The director of the Center for Mental Health Services at the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) was charged with taking the lead in developing the implementation approach. The administration also included in its proposed budget for fiscal year 2005 an appropriation of $44 million to fund the implementation of the comprehensive statewide planning recommendation contained in the report. While the budget has yet to be acted on, this proposal has received the strong endorsement of the mental health advocacy community.

The Commission hopes that its diagnosis and treatment plan will be able to build on the many strengths of the system—effective treatments, dedicated clinicians, passionate advocates, and the essential ingredient of hope. As Mr. Hogan noted in an interview, "developing a good treatment plan is necessary—but certainly not sufficient—for progress and recovery."

Mr. Hogan also pointed out that in order to be successful, implementation activities must be both "top-down" and "bottom-up." National leadership is needed for activities such as anti-

stigma campaigns and for change in federal programs, while it is also necessary for people recovering from mental illness to demand greater participation in the development of their treatment plans. In his view, "only time will tell whether participants in mental health care can establish a shared commitment to the changes that are needed and whether the political and economic environments that we work in will allow, support, or thwart change."

It is worth noting that two other pieces of legislation, both with bipartisan support, are currently under consideration. They have been passed by the Senate and are awaiting action by the House of Representatives. The first would provide for youth suicide prevention efforts and counseling for college students. The second is the *Mentally Ill Offender Treatment and Crime Reduction Act*, which would authorize grants supporting collaborative community efforts to divert people with mental illness from the criminal justice system.

GOALS AND RECOMMENDATIONS OF THE PRESIDENT'S NEW FREEDOM COMMISSION ON MENTAL HEALTH

GOAL 1 Americans Understand that Mental Health Is Essential to Overall Health.

- Advance and implement a national campaign to reduce the stigma of seeking care and a national strategy for suicide prevention.
- Address mental health with the same urgency as physical health.

GOAL 2 Mental Health Care Is Consumer and Family Driven.

- Develop an individualized plan of care for every adult with a serious mental illness and child with a serious emotional disturbance.
- Involve consumers and families fully in orienting the mental health system toward recovery.
- Align relevant Federal programs to improve access and accountability for mental health services.
- Create a Comprehensive State Mental Health Plan.
- Protect and enhance the rights of people with mental illnesses.

GOAL 3 Disparities in Mental Health Services Are Eliminated.

- Improve access to quality care that is culturally competent.
- Improve access to quality care in rural and geographically remote areas.

GOAL 4 Early Mental Health Screening, Assessment, and Referral to Services Are Common Practice.

- Promote the mental health of young children.
- Improve and expand school mental health programs.
- Screen for co-occurring mental and substance use disorders and link with integrated treatment strategies.
- Screen for mental disorders in primary health care, across the lifespan, and connect to treatment and supports.

GOAL 5 Excellent Mental Health Care Is Delivered and Research Is Accelerated.

- Accelerate research to promote recovery and resilience, and ultimately to cure and prevent mental illnesses.
- Advance evidence-based practices using dissemination and demonstration projects and create a public-private partnership to guide their implementation.
- Improve and expand the workforce providing evidence-based mental health services and supports.
- Develop the knowledge base in four understudied areas: mental health disparities, long-term effects of medications, trauma, and acute care.

GOAL 6 Technology Is Used to Access Mental Health Care and Information.

- Use health technology and telehealth to improve access and coordination of mental health care, especially for Americans in remote areas or in underserved populations.
- Develop and implement integrated electronic health record and personal health information systems.

4.6 COMMITTEE COMMENTARY

The Committee feels that there is much to learn from attempts made in the United States to grapple with the consequences of the fragmentation of mental health care services across multiple jurisdictions and various government departments. Fragmentation limits access to services and hampers the ability of service providers to share innovations and spread excellence.

The Committee was therefore very impressed with the general orientation of the report of the President's New Freedom Commission on Mental Health, especially its focus on patient-centred solutions. These include being animated by a vision of recovery for all, as well as insisting on the need to involve consumers in the design and implementation of individualized care plans. The Committee recognizes that there are many obstacles that stand in the way of transforming the Commission's vision into reality, many of which stem from the fragmentation of the system it describes in its reports.

The Committee also noted the strong place accorded to fostering research on mental health and mental illness and to promoting the adoption of technologies that will enhance care and service delivery, and recognizes that this is consistent with the pre-eminent international role occupied by American researchers and scientists.

Moreover, the Committee considers that the Report's emphasis on the provision of appropriate services at a community level is entirely appropriate and extremely important. Similarly, the Committee believes that American experience points to the critical importance of promoting greater cooperation across the various levels of government, and between various departments within each level of government.

Finally, the Committee notes that such an orientation requires a national focus in order to mobilize as many resources as possible, while simultaneously recognizing that efforts must be sustained at every level if reform is to occur. The fact that the New Freedom Commission eschewed a 'big bang' approach echoes the conclusions that the Committee reached with regard to the acute care sector in Canada in its October 2002 report on the Health of Canadians.

CHAPTER 5:
COMPARING MENTAL HEALTH CARE IN THE FOUR COUNTRIES STUDIED

5.1 INTRODUCTION

As was noted in the introduction to this report, the complexity of health care systems, both in terms of funding arrangements and service delivery mechanisms, as well as their inextricable connections to the history, politics and culture of each nation, mean that it is never possible simply to transpose measures from one jurisdiction to another. The common nature of many of the issues confronting health care policy makers and practitioners throughout the industrialized world means, however, that there is much that can be gained from careful study of both the successes and failures elsewhere in the world. In this chapter, the Committee draws on its review of the experience of four countries to glean some lessons for efforts in Canada to reform mental health care delivery and enhance the mental health of Canadians. The structure of this chapter follows the template that was used in each of the country studies.

5.2 HISTORY AND OVERVIEW

The Committee notes the striking extent to which the experience of deinstitutionalization is similar in all the countries reviewed. In the first place, roughly the same set of factors provided the impetus for deinstitutionalization in all them. These were:

- the introduction of new treatment methods, especially new drugs, accompanied by
- changing attitudes towards the nature of mental illness, and
- growing belief that treatment was most effective when it took place in the community.

Second, in each of the countries studied (as well as in Canada) the process of closing down old psychiatric hospitals proceeded more quickly than the deployment of new resources into the community, creating many situations where people living with mental illness were left to fend for themselves. Moreover, difficulties associated with the lack of resources to accomplish the shift to the community were often compounded by resistance to this transfer in the communities themselves, where attitudes built up over many years were slow to change.

A third point that is worth noting is the way in which, in several of the countries studied, deinstitutionalization was one of the factors that stimulated efforts to establish a national strategy for improving the delivery of services to people living with mental illness. This prompts the question as to why a similar process of deinstitutionalization that occurred in Canada did not yield the same result in this country, where the country remains without a national mental health, mental illness and addiction strategy of any kind to this day, in contrast to all other G8 countries.

It is tempting to look at the structure of Canadian federalism as one factor that may have played a role in discouraging a national focus on mental health. However, given that coherent national planning began in one of the federal countries studied (Australia) as early as 1992, the factor that explains the different trajectory in Canada cannot be federalism, *per se*.

Rather, a plausible hypothesis might be that because the federal government in Canada is not involved in the delivery of services to the population as a whole, it did not feel the pressure to respond to the massive shifts in service delivery that were occurring on the ground. Still, one could wonder why, given its role in the delivery of services to specific population groups (see Vol. 1, Ch. 9), the federal government did not draw the appropriate lessons from the weaknesses in its own delivery system and realize that the provinces had to be facing similar problems.

Finally, it is relevant to note that the trend for the federal government to transfer funds to the provinces with no strings attached (which culminated in the creation of the CHST in the mid-nineties), left the provinces to cope as best they could with the rapidly changing context in which mental health services were being delivered.

5.3 COSTS AND FUNDING OF MENTAL HEALTH SERVICES

A first point that the Committee wishes to emphasize with regard to comparisons of costs and funding across different countries concerns the comparability of the data. In presenting their data on spending on mental health, the authors of the 2002 National Mental Health Report in Australia make the important point that countries measure mental health spending in very different ways and that it is therefore extremely difficult to make direct comparisons. For example, they note (as indicated in the chapter on Australia) that some countries include amounts that are specifically excluded in Australian estimates such as drug and alcohol services, intellectual disability services, dementia care or housing and income security payments for mental health consumers.

In general, then, it would not appear to be possible to establish guidelines based on best practices with regard to overall mental health spending. However, there is enough data on spending trends over time within each country to draw provisional conclusions about the factors that contribute to greater attention being paid to mental health funding needs, and on ways of ensuring the sustainability of that funding. It is also possible to compare the funding priorities of different countries, although here the variability in the extent of data easily available from one country to the next constrains the robustness of the conclusions it is possible to draw.

Readers may have noticed that the data presented from Australia stands out for its level of detail and for the longitudinal comparisons it affords. The Australians have now produced seven National Mental Health Reports that allow for a much more detailed understanding of the evolution of mental health spending over time than is possible in any of the other countries studied. The Committee believes that this provides a clear indication of the value of consistent data collection and reporting.

Moreover, as the debate over the adequacy of mental health funding in England indicates, it is also important to look not only at absolute increases in the funding for mental health, but also at whether new investments in mental health are keeping pace with those in the broader health care sector. Thus, if growth in mental health spending lags behind growth in overall health care spending, then the relative position of the mental health sector suffers, even if more money is being spent. This is of particular importance in the context of attempting significant reform or when particular efforts are being made to bring spending in mental health into line with broader health spending.

A related point concerns the advisability of 'ring-fencing' mental health spending in order to ensure that funds allocated to treating mental illness do not get absorbed into general health spending, or to guarantee that transfers from one level of government to another represent real increases in mental health spending and are not clawed back by cutting existing services even as new ones are added. The Australian experience in this regard is worth highlighting. As witnesses told the Committee, new federal money was initially ring-fenced, but as the importance of this funding became widely appreciated over time by all levels of government, measures specifically designed to protect mental health resources were no longer needed.

The Committee believes that it is significant that in three of the four countries examined, the development of national mental health strategies correlates with increases in funding for mental health services and activities. As witnesses noted, the existence of a carefully documented set of needs in the mental health sector can constitute a powerful tool in lobbying government for the resources that are required. Moreover, the existence of clear benchmarks and targets are essential to making it possible to monitor the implementation of a national strategy, and to make sure that funding commitments are sustained over time. The evidence clearly indicates that the development and implementation of a national mental health strategy can only be successful if adequate resources are allocated to the task.

The Committee also notes the important efforts being made in some of the countries examined to decentralize funding decisions and bring them closer to the communities in which people live and access services. In particular, the experience of devolving the 'commissioning' of mental health services to the Primary Care Trusts in England provide a valuable reference point for attempts to bring control of funding closer to the ground and to have funding better adapted to local priorities. At the same time, the evidence also indicates that devolution is a complex undertaking and that along with the decentralization of decision-making must come a broad dissemination of the expertise needed to successfully manage the increased budgets involved.

Measures to control escalating costs are also important and, in particular, the rising costs of pharmaceuticals is of ongoing concern. In Canada, particular attention will have to be paid to this question, given the significant variations that exist in publicly funded prescription drug insurance across the country. Finally, the American experience with managed care is also relevant with regard to balancing efforts to contain costs against the importance of ensuring access to needed services and therapies.

5.4 SERVICE DELIVERY AND ORGANIZATION

As noted earlier, the first observation that needs to be made with regard to the delivery of mental health services is that a shift from primary reliance on institutional care to the primary emphasis being placed on services delivered in the community has happened in all the countries studied. This shift has been accompanied by concerns over the adequacy of the resources available at the community level to cope with the demand, as well as by the recognition of the need to coordinate and integrate service delivery so that the many 'silos' are broken down and each person has access to the services they require, regardless of which government department or agency (or non-governmental body) is responsible for their delivery.

Two institutions that stand out as having contributed to facilitating this transition are the independent Mental Health Commission in New Zealand and the National Institute for Mental Health in England (NIMHE). The Committee notes in particular that the former has played an important role both in helping to set service standards and in monitoring the implementation of mental health planning, while the latter has played a vital role in actual implementation and in spreading best practices. It is worth emphasizing that both countries developed highly detailed targets and standards (the Blueprint in New Zealand and the National Service Framework–Mental Health in England) as part of their respective strategies.

The importance placed on the individualization of care plans in New Zealand, the U.S. and England is also highly noteworthy. The growing emphasis on the ability of people living with mental illness to recover as well as on the need for practitioners to develop individualized, consumer-centred (and controlled) plans is having a significant effect on the approach to delivering mental health services in the community.

It would seem fair to conclude, as did Michael Hogan in the United States, that overcoming the fragmentation of service delivery requires action both from the top down and the bottom up. Managing the plethora of agencies and government bodies involved in the delivery of services can be assisted by having some outside, independent body that can take a 'whole-of-government' perspective. At the other end, the individualization of care plans and the coordination of service delivery can help all those who need them to access the services they require.

In every country reviewed, physicians and other providers involved in the delivery of primary care shoulder most of the responsibility for the largest portion of people receiving mental health services. At the same time, people living with serious and persistent mental illnesses continue to rely on the availability of more specialized mental health services. This has presented common challenges in all the countries surveyed. In the first place, there has been concern that family physicians are poorly remunerated for their efforts to provide mental health counseling and treatment by fee for service payment systems. Second, there has been concern that family physicians do not have access to sufficient resources to adequately deal with the scale of the demands they face relating to mental health care. Finally, the relative lack of coordination between primary and secondary care has repeatedly been raised as an issue and points to the crucial importance of delivering integrated, efficient care.

Despite, or perhaps because of, the shift in emphasis to providing care and service delivery in the community, inequities in access persist across a number of axes. It was noted in several countries that services to people living in rural areas are significantly less available than they are to people living in urban areas.

As well, there is widespread agreement that services targeted at minorities are not sufficiently tailored to their needs. Services need to be culturally appropriate if they are to be as accessible to these communities as they are to the majority ones. In particular, the training of health care professionals from minority groups, especially from Aboriginal or Indigenous communities, was identified by several countries as one means of encouraging a greater cultural appropriateness of mental health services.

This ties in with the final point the Committee wishes to note, namely the human resource shortages that exist in all of the countries studied, and that affect just about all providers involved in the delivery of mental health services. Shortages were still noted even in some countries, such as Australia and New Zealand, where increased mental health funding had led to increases in the supply of some provider groups. On the positive side, the Committee was impressed by efforts to formalize and credentialize the qualifications of community mental health workers as one way of increasing the human resource supply.

5.5 PROMOTION AND PREVENTION

The Committee notes that the evidence from its review of four countries would seem to support one of the lessons that was drawn in the recent (June 2004) British report on *Mental Health and Social Exclusion*. It concluded that uncoordinated campaigns of limited duration did not result in measurable change in stigmatizing attitudes, and pointed to the need for long-term funding for efforts to combat stigma and discrimination. On the other hand, according to witnesses and documentary evidence from both Australia and New Zealand, these countries have been able to measure changes in attitudes and behaviours as their ongoing campaigns against stigma and discrimination have unfolded over a number of years.

While it would be unwise to read too much into this evidence, there is nonetheless every reason to see it as supporting the need for sustained funding, long term planning, and ongoing evaluation, if campaigns against stigma and discrimination are to maximize their effect. Moreover, these campaigns would seem to benefit from being adaptable to a variety of circumstances so that they can be acted on by different jurisdictions.

Thus, the 'Like Minds, Like Mine' campaign in New Zealand started out using famous New Zealanders to communicate its message, but later shifted to a focus on 'ordinary' people and their families. It is also worth noting that as they began to see some progress in changing stigmatizing attitudes, the campaign in New Zealand has evolved towards placing greater emphasis on reducing discrimination. Australian experience suggests the value of having campaigns operate at national, regional and local levels, as well as the need to target the stigmatization of specific illnesses alongside broader themes.

The design of the American National Strategy for Suicide Prevention also points to the importance of using national resources in a way that can set an example for smaller

jurisdictions and encourage them to adapt national models to their particular requirements. At the same time, the experience in a number of countries underscores the importance of having a body that can become the focus for national efforts to combat stigma and discrimination and can play a role in coordinating them at the national level.

Building a strategy for monitoring the outcomes of these efforts into the design of the campaigns themselves is also strongly suggested by our international review. This, in turn, points to the need for there to be widespread consultation from the outset amongst the various levels of government, providers, NGOs as well as users of mental health services and their families. In addition, there is evidence that reaffirms the benefits of enabling people with experience of mental disorders to tell their stories as a way of combating stigma, as well as of the importance of working with the media to try to eliminate negative stereotypes and replace them with more positive accounts of people living with mental illness.

Finally, the Committee found that the design of the new English campaign proposed in the report on *Mental Health and Exclusion* to be quite comprehensive, and wishes to highlight its main emphases. It will:

- target key audiences, in particular employers, young people and the media;
- deliver consistent, tested messages under a single brand;
- promote the positive contribution that people with mental health problems can make to society;
- have sustained funding to plan ahead;
- address issues of ethnicity and gender;
- provide a framework and materials to support local campaign work, targeting in particular issues facing deprived neighbourhoods;
- be clearly evaluated by a regular survey.

5.6 PROSPECTS FOR FUTURE REFORM

It is clear to the Committee from this four-country survey that reform strategies must be carefully adapted to the particular circumstances confronted by each country. Not only must the state of mental health services and care be carefully assessed to establish priorities for action, but the complex realities of each country's political system and social values must be taken into account in the design of any reform program.

In this vein, the Committee notes that the precise design and implementation of reform strategies in countries that have unitary forms of government are likely to prove difficult to adapt to the Canadian federal context, where the delivery of health care services to the general population remains the constitutional responsibility of the provinces. Nonetheless, the specific and detailed targets and standards that have been the hallmark of reform efforts in both England and New Zealand (which are both unitary states) provide an invaluable reference point. Moreover, each country, whether it is structured as a unitary or federal state,

has multiple levels within its health care system, and ongoing attempts to coordinate mental health reform across these various jurisdictions constitute a further indication of the importance of undertaking action at all levels.

The Committee also notes the obvious advantages of engaging in a long term, integrated planning process to improve the state of mental health and the delivery of mental health care services in all the countries surveyed. Only such a process allows for the possibility of systematically building on each successive iteration of reform planning, and also greatly increases the chances of adapting reform efforts to changing circumstances.

Finally, the complexity and range of services involved in promoting mental health and providing for the needs of people living with mental illness suggest that a 'big bang' reform initiative that attempts to do everything at once is unlikely to succeed. This further implies that reform efforts must simultaneously tackle problems from the 'top down' and the 'bottom up'.

5.7 COMMITTEE COMMENTARY

With regard to the broad outlines of the mental health strategies that have been adopted in the four countries studied, the Committee believes that there are a number of trends that are worth highlighting:

- A tendency to focus on recovery as the vision that animates mental health thinking, where recovery is understood as a process of positive adaptation to illness and disability that could give people with mental illness a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with the limitations caused by illness;
- A growing emphasis on the need for individualized plans for treatment and care (especially for people living with serious mental illness) as well as a recognition that family and consumer participation in the planning of treatment should be encouraged;
- The reaffirmation of the need to deliver services in the community, as well as insisting on the importance of the ongoing monitoring of their delivery and of striving to integrate them to the greatest extent possible (so that the limitations imposed by service delivery in 'silos' can be overcome);
- The importance of deploying national resources towards mental health promotion, in particular with regard to campaigning against stigma and working to diminish discrimination;
- The need to eliminate disparities in the extent of services available to people, whether these disparities are caused by services being offered in culturally inappropriate ways, or by the unavailability of some services in rural regions of the country.

The unifying factor behind all these elements would appear to be a stronger focus on the organization of services to best meet patient or service user needs, an emphasis the

Committee strongly endorses, and which echoes the patient-centred approach the Committee advocated for the acute care sector as well. The means for achieving these objectives that stands out from our survey of four countries is to set actionable targets that engage the entire mental health community, and to establish measurable criteria for the ongoing monitoring of reform efforts. Comprehensive human resource planning in the mental health field, as well as adequate funding for research and its dissemination are also suggested as key elements of a national strategy to foster mental health and treat mental illness.

APPENDIX A:
LIST OF WITNESSES
IN THIRD SESSION OF THE 37TH PARLIAMENT
(FEBRUARY 2, 2004 – MAY 23, 2004)

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Alzheimer Society of Canada	Steve Rudin, Executive Director	June 4, 2003	17
As individuals	Thomas Stephens, Consultant	March 20, 2003	11
	Nancy Hall, Mental Health Consultant	May 28, 2003	16
	J. Michael Grass, Past Chair, Champlain District Mental Health Implementation Task Force	June 5, 2003	17
	Loïse David Murray Ronald	February 26, 2003	9
Canadian Academy of Psychiatric Epidemiology	Dr. Alain Lesage, Past President	March 19, 2003	11
Canadian Academy of Psychiatry and the Law	Dr. Dominique Bourget, President	June 5, 2003	17
Canadian Coalition for Senior Mental Health	Dr. David K. Conn, Co-Chair; President, Canadian Academy of Geriatric Psychiatry	June 4, 2003	17
Canadian Institute for Health Information	Dr. John S. Millar, Vice-President, Research and Analysis	March 20, 2003	11
	Carolyn Pullen, Consultant		
	John Roch, Chief Privacy Officer and Manager, Privacy Secretariat		
Canadian Institutes of Health Research	Bronwyn Shoush, Board Member, Institute of Aboriginal Peoples' Health	May 28, 2003	16

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Canadian Institutes of Health Research	Jean-Yves Savoie, President, Advisory Board, Institute of Population and Public Health	June 12, 2003	18
	Dr. Rémi Quirion, Scientific Director, Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction	May 6, 2003	14
Canadian Mental Health Association – Ontario Division	Patti Bregman, Director of Programs	June 12, 2003	18
Canadian Paediatric Society	Dr. Diane Sacks, President-Elect	May 1, 2003	13
	Marie-Adèle Davis, Executive Director		
Centre for Addiction and Mental Health	Jennifer Chambers, Empowerment Council Coordinator	May 14, 2003	15
	Rena Scheffer, Director, Public Education and Information Services	May 28, 2003	16
Centre hospitalier Mère-enfant Sainte-Justine	Dr. Joanne Renaud, Child and Adolescent Psychiatrist; Young Investigator, Canadian Institutes of Health Research	April 30, 2003	13
Children's Hospital of Eastern Ontario	Dr. Simon Davidson, Chairman, Division of Child and Adolescent Psychiatry	May 1, 2003	13
CN Centre for Occupational Health and Safety	Kevin Kelloway, Director	June 12, 2003	18
Douglas Hospital	Eric Latimer, Health Economist	May 6, 2003	14
	Dr. James Farquhar, Psychiatrist		
	Dr. Mimi Israël, Head, Department of Psychiatry ; Associate Professor, McGill University		

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Douglas Hospital	Myra Piat, Researcher	May 6, 2003	14
	Ampara Garcia, Clinical Administrative Chief, Adult Ultraspecialized Services Division		
	Manon Desjardins, Clinical Administration Chief, Adult Sectorized Services Division		
	Jacques Hendlisz, Director General		
	Robyne Kershaw-Bellmare, Director of Nursing Services		
Global Business and Economic, Roundtable and Addiction and Mental Health	Rod Phillips, President and Chief Executive Officer, Warren Sheppell Consultants	June 12, 2003	18
Hamilton Health Sciences Centre	Venera Bruto, Psychologist	June 4, 2003	17
Health Canada	Tom Lips, Senior Advisor, mental Health, Healthy Communities Division, Population and Public Health Branch	March 19, 2003	11
	Pam Assad, Associate Director, Division of Childhood and Adolescence, Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch	April 30, 2003	13
Laval University	Dr. Michel Maziade, Head, Department of Psychiatry, Faculty of Medecine	May 6, 2003	14
Louis-H. Lafontaine Hospital	Jean-Jacques Leclerc, Director, Rehabilitation Services and Community Living	May 6, 2003	14
	Dr. Pierre Lalonde, Director, Clinique jeunes adultes		

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
McGill University	Dr. Howard Steiger, Professor, Psychiatry Department; Director, Eating Disorders Program, Douglas Hospital	May 1, 2003	13
Province of British Columbia	Patrick Storey, Chair, Minister's Advisory Council on Mental Health	May 14, 2003	15
	Heather Stuart, Associate Professor, Community Health and Epidemiology	May 14, 2003	15
Queen's University	Dr. Julio Arboleda-Florèz, Professor and head, Department of Psychiatry	March 20, 2003	11
Registered Nurses of Canada	Margaret Synyshyn, President	May 29, 2003	16
Statistics Canada	Lorna Bailie, Assistant Director, Health Statistics Division	March 20, 2003	11
St.Joseph's Health Care London	Maggie Gibson, Psychologist	June 4, 2003	17
St. Michaels Hospital	Dr. Paul Links, Arthur Sommer Rothenberg Chair in Suicide Studies	March 19, 2003	11
Université du Québec à Montréal	Henri Dorvil, Professor, School of Social Work	May 6, 2003	14
	Dr. Michel Tousignant, Professor, Centre de recherche et intervention sur le suicide et l'euthanasie		
University of British Columbia	Dr. Charlotte Waddell, Assistant Professor, Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit, Department of Psychiatry, Faculty of Medecine	May 1, 2003	13

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
University of Calgary	Dr. Donald Addington, Professor and Head, Department of Psychiatry	May 29, 2003	16
University of Manitoba	John Arnett, Head, Department of Clinical Health Psychology, Faculty of Medicine	May 28, 2003	16
	Robert McIlwraith, Professor and Director, Rural and Northern Psychology Program		
University of Montreal	Laurent Mottron, Researcher, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine	May 6, 2003	14
	Dr. Richard Tremblay, Canada Research Chair in Child Development, Professor of Pediatrics, Psychiatry and Psychology, Director, Centre of Excellence for Early Childhood Development		
	Dr. Jean Wilkins, Professor and Paediatrics, Faculty of Medecine		
	Dr. Renée Roy, Assistant Clinical Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medecine		
University of Ottawa	Tim D. Aubry, Associate Professor; Co-Director, Centre for Research and Community Services	June 5, 2003	17
	Dr. Jeffrey Turnbull, Chairman, Department of Medicine, Faculty of Medicine		

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
University of Toronto	Dr. Joe Beitchman, Professor and Head, Division of Child Psychiatry, Department of Psychiatry; Psychiatrist-in-Chief, Hospital for Sick Children	April 30, 2003	13
	Dr. David Marsh, Clinical Director, Addiction Medicine, Centre for Addiction and Mental Health	May 29, 2003	16

APPENDIX B:
LIST OF WITNESSES
IN THE SECOND SESSION OF THE 37TH PARLIAMENT
(SEPTEMBER 30, 2002 – NOVEMBER 12, 2003)

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Alberta Mental Health Board	Ray Block, Chief Executive Officer	April 28, 2004	7
Alberta Mental Health Board	Sandra Harrison, Executive Director, Panning, Advocacy & Liaison	April 28, 2004	7
Anxiety Disorders Association of Canada	Peter McLean, Vice-President	May 12, 2004	9
As individuals	Charles Bosdet	April 29, 2004	7
	Pat Caponi		
	Don Chapman		
Australia, Government of *(by videoconference)*	Dermot Casey, Assistant Secretary, Health Priorities and Suicide Prevention Branch, Department of Health and Ageing	April 20, 2004	6
	Jenny Hefford, Assistant Secretary, Drug Strategy Branch, Department of Health and Ageing		
British Columbia Ministry of Health Services	Irene Clarkson, Executive Director, Mental Health and Addictions	April 28, 2004	7
Canadian Association of Social Workers	Stephen Arbuckle, Member, Health Interest Group	March 31, 2004	5
Canadian Medical Association	Dr. Sunil Patel, President	March 31, 2004	5
	Dr. Gail Beck, Acting Associate Secretary General		
Canadian Mental Health Association	Penny Marrett, Chief Executive Officer	May 12, 2004	9

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Canadian Nurses Association, the Canadian Federation of Mental Health Nurses and the Registered Psychiatric Nurses of Canada	Nancy Panagabko, President, Canadian Federation of Mental Health Nurses	March 31, 2004	5
	Annette Osten, Board Member, Canadian Nurses Association	March 31, 2004	5
Canadian Psychiatric Association	Dr. Blake Woodside, Chairman of the Board	March 31, 2004	5
Canadian Psychological Association	John Service, Executive Director	March 31, 2004	5
Centre for Addiction and Mental Health	Christine Bois, Provincial Priority Manager for Concurrent Disorders	May 5, 2004	8
	Wayne Skinner, Clinical Director, Concurrent Disorder Program		
	Brian Rush, Research Scientist, Social Prevention and Health Policy		
Centre for Suicide Prevention	Diane Yackel, Executive Director	April 21, 2004	6
Cognos	Marilyn Smith-Grant, Senior Human Resources Specialist	April 1, 2004	5
Correctional Service of Canada	Larry Motiuk, Director General, Research	April 29, 2004	7
	Françoise Bouchard, Director General, Health Services	April 29, 2004	7
Douglas Hospital	Dr. Gustavo Turecki, Director, McGill Group for Suicide Studies, McGill University	April 21, 2004	6
House of Commons	The Honourable Jacques Saada, P.C., M.P., Leader of the Government in the House of Commons and Minister responsible for Democratic Reforms	April 1, 2004	5

Human Resources and Skills Development Canada	Bill Cameron, Director General, National Secretariat on Homelessness	April 29, 2004	7
Human Resources and Skills Development Canada	Marie-Chantal Girard, Strategic Research Manager, National	April 29, 2004	7
Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction	Richard Brière, Assistant Director	April 21, 2004	6
McGill University *(by videoconference)*	Dr. Laurence Kirmayer, Director, Division of Social and Transcultural Psychiatry, Department of Psychiatry	May 13, 2004	9
Mood Disorder Society of Canada	Phil Upshall, President	May 12, 2004	9
Native Mental Health Association of Canada	Brenda M. Restoule, Psychologist and Ontario Board Representative	May 13, 2004	9
New Zealand, Government of *(by videoconference)*	Janice Wilson, Deputy Director General, Mental Health Directorate, Ministry of Health	May 5, 2004	8
	David Chaplow, Director and Chief Advisor of Mental Health		
	Arawhetu Peretini, Manager of Maori Mental Health		
	Phillipa Gaines, Manager of Systems Development of Mental Health		
Nova Scotia Department of Health	Dr. James Millar, Executive Director, Mental Health and Physician Services	April 28, 2004	7
Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction	David Kelly, Executive Director	May 5, 2004	8
Ontario Hospital Association	Dr. Paul Garfinkel, Chair, Mental Health Working Group	March 31, 2004	5

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Privy Council Office	Ron Wall, Director, Parliamentary Operations, Legislation and House Planning Ginette Bougie, Director, Compensation and Classification	April 1, 2004	5
Public Service Alliance of Canada	John Gordon, National Executive Vice-President James Infantino, Pensions and Disability Insurance Officer	April 1, 2004	5
Schizophrenia Society of Canada	John Gray, President-Elect	May 12, 2004	9
Simon Fraser University *(by videoconference)*	Margaret Jackson, Director, Institute for Studies in Criminal Justice Policy	April 29, 2004	7
Six Nations Mental Health Services	Dr. Cornelia Wieman, Psychiatrist	May 13, 2004	9
Treasury Board Secretariat	Joan Arnold, Director, Pensions Legislation Development, Pensions Division	April 1, 2004	5
U.S. Campaign for Mental Health Reform	William Emmet, Coordinator	April 1, 2004	5
U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health *(by videoconference)*	Michael Hogan, Chair	April 1, 2004	5
United Kingdom, Government of *(by videoconference)*	Anne Richardson, Head of the Mental Health Policy Branch, Department of Health Adrian Sieff, Head of the Mental Health Legislation Branch	May 6, 2004	8

APPENDIX C: LIST OF INDIVIDUALS WHO RESPONDED TO A LETTER FROM THE COMMITTEE ON PRIORITIES FOR ACTION

CANADIAN RESEARCH GROUP

CancerCare Manitoba	Harvey Max Chochinov, MD, PhD, FRCPC, Canada Research Chair in Palliative Care, Director, Manitoba Palliative Care Research Unit, CancerCare Manitoba, Professor, Department of Psychiatry, Community Health Sciences and Family Medicine(Division of Palliative Care) University of Manitoba
Carleton University	Dr. Hymie Anisman, Canadian Research Chair in Neuroscience, Ontario Mental Health Foundation Senior Research Fellow
Douglas Hospital Reseach Centre	Ashok Malla, MD, FRCP Canada Research Chair in Early Psychosis, Professor of Psychiatry, McGill University, Director, Clinical Research Division
McGill University Health Centre	Eric Fombonne, MD, FRCPsych, Canada Research Chair in Child Psychiatry, Professor of Psychiatry, University McGill, Director, Montreal Children's Hospital
University of Alberta	Glen B. Baker, PhD, DSc, Professor and Chair, Canada Research Chair in Neurochemistry and Drug Development
University of Manitoba – Faculty of Medecine	Brian J. Cox, Ph.D., C. Psych., Canada Research Chair in Mood and Anxiety Disorders, Associate Professor of Psychiatry, Adjunct Professor, Departments of Community Health Sciences and Psychology

DEANS OF MEDICAL SCHOOLS

Kingston General Hospital	Samuel K. Ludwin, M.B.B., Ch., F.R.C.P.C., Vice-President, (Research Development)
McGill University Health Centre	Joel Paris, M.D., Professor and Chair, Department of Psychiatry
University of Alberta	Dr. L. Beauchamp, Dean, Faculty of Eduction
University of Sherbrooke	Pierre Labossière, P. Eng., Ph.D., Associate Vice-Rector, Research
University of Western Ontario	Dr. Carol P. Herbert, Dean of Medicine and Dentistry

ILLNESS RELATED GROUP

Canada's Research-Based Pharmaceutical Companies	Murray J. Elston, President
Eli Lilly Canada Inc.	Terry McCool, Vice-President, Corporate Affairs
GlaxoSmith Kline	Geoffrey Mitchinson, Vice-President of Public Affairs
Merck Frosst Canada	André Marcheterre, President
NSERC	Thomas A. Brzustowski, President
Ontario Mental Health Foundation	Howard Cappell, Ph.,D. (C.Psych) Executive Director
Roche Pharmaceuticals	Ronnie Miller, President & C.E.O.
Schizophrenia Society of Canada	Fred Dawe, President

MENTAL HEALTH ETHICS GROUP

Centre for Addiction and Mental Health	Paul E. Garfinkel, MD, FRCPC, President and CEO
McGill University – Douglas Hospital Research Centre	Maurice Dongier, Professor of Psychiatry

Parkwood Hospital, St.Joseph's Health Care London	Maggie Gibson, Ph. D., Psychologist, Veterans Care Program
Queen's University	J. Arboleda-Florèz, Professor and Head, Department of Psychiatry
Salvation Army – Territorial Headquarters Canada and Bermuda	Glen Shepherd, Colonel, Chief Secretary
St-Paul's Hospital	Mark Miller, C.S.s.R., Ph.D. Ethicist
University of Alberta	Wendy Austin, RN, Ph. D., Canada Research Chair, Relational Ethics in Health Care, Faculty of Nursing and John Dosseter Health Ethics Centre
University of Alberta, Faculty of Nursing	Genevieve Gray, Dean and Professor, Faculty of Nursing
University of British Columbia	Peter D. McLean, Ph.D. Professor and Director, Anxiety Disorders Unit
University of Western Ontario	Nancy Fedyk, Executive Assistant to the Dean
Winnipeg Regional Health Authority	Linda Hughes, Chair, WRHA Mental Health Ethics Committee
York University	David Shugarman, Director

PRESIDENT OF UNIVERSITY

Institute of Mental Health Research – University of Ottawa	Zul Merali, Ph. D., President and CEO
McGill University	Heather Munroe-Blum, Professor of Epidemiology and Biostatistics
University of Lethbridge	Lynn Basford, Dean, Health Sciences

GOVERNMENT RESPONSIBILITY

Canadian Coalition for Seniors	J. Kenneth Le Clair, MD, FRCPC, Co-Chair, Canadian Coalition for Seniors Mental Health, Professor and Chair, Geriatric Division, Department of Psychiatry, Queen's University, Clinical Director, Specialty Geriatric Psychiatry Program
Canadian Coalition for Seniors Mental Health	David K. Conn, MB., FRCPC, Co-Chair Canadian Coalition for Seniors Mental Health, Psychiatrist-in-Chief, Department of Psychiatry, Baycrest Centre for Geriatric Care, Associate Professor, Department of Psychiatry, University of Toronto, President, Canadian Academy of Geriatric Psychiatry
Canadian Institute of Health Research	Dr. Jeff Reading, PhD, Scientific Director – Institute of Aboriginal Peoples's Health
Canadian Mental Health Association	Bonnie Pape, Director of Programs & Research, Canadian Mental Health Association – National Office
Dalhousie University – Department of Psychology	Patrick J. McGrath, OC, PhD, FRSC, Co-ordinator of Clinical Psychology, Killam Professor of Psychology, Professor of Pediatrics and Psychiatry, Canada Research Chair, Psychologist IWK Health Centre
Dalhousie University, Faculty of Medicine	David Zitner, D. Ph., Director, Medical Informatics
Department of Health and Wellness New-Brunswick	Ken Ross, Assistant deputy Minister
Douglas Hospital Research Centre	Michel Perreault, Ph. D., Researcher, Douglas Hospital, Professor, Department of Psychiatry McGill University
Douglas Hospital Research Centre - Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction	Rémi Quirion, Scientific Director, (INMHA)

Faculty of Medicine – University of Ottawa	Jacques Bradwejn, MD FRCPC, DABPN, Chair of the Department of Psychiatry, Psychiatris-in-Chief, Royal Ottawa Hospital, Head of Psychiatrist, The Ottawa Hospital
Family Council: Empowering Families in Addictions and Mental Health	Betty Miller, Coordinator, The Family Council
Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health – Affiliated with the Centre for Addiction and Mental Health	Bill Wilkerson, Co-Founder and Chief Executive Officer
Human Resources Development Canada	Deborah Tunis, Director General, Office for Disability Issues
McGill University Health Centre	Juan C. Negrete, MD, FRCP(C) Professor of Psychiatry, McGill University, Chair, Addictions Section, Canadian Psychiatric Association
McMaster University	Dr. Richard P. Swinson, MD, FRCPC, Morgan Firestone Chair in Psychiatry, Psychiatry & Behavioural Neurosciences, McMaster University, Chief, Department of Psychiatry, St.Joseph's Healthcare
NAHO National Aboriginal Health Organization	Judith G. Bartlett, M.D. CCFP, Chairperson
Ottawa Hospital	Paul Roy, MD, FRCPC, Assistant Professor of Psychiatry, University of Ottawa, Director, Ottawa First Episode Psychosis Program
Royal Ottawa Hospital	J. Paul Fedoroff, M.D., Associate Professor of Psychiatry, University of Ottawa, Research Director, Forensic Unit, Institute of Mental Health Research
Six Nations Mental Health Services	Cornelia Wieman, M.D., FRCPC, Psychiatrist
Syncrude	Eric P. Newell, Chairman & Chief Executive Officer

University of British Columbia – Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit, Department of Psychiatry	Elliot Goldner, MD, MHSc, FRCPC, Head, Division of Mental Health Policy & Services
University of Ottawa – Office of the Vice-President, Research	Yvonne Lefebvre, Ph.D., Associate Vice-President, Research
University of Ottawa- School of Psychology	John Hunsley, Ph.D., C. Psych., Professor of Psychology
University of Toronto – Sunnybrook & Women's College Health Sciences Centre	Nathan Herrmann, M.D., F.R.C.P. (C)

SENATE SÉNAT

CANADA

RAPPORT 2

Politiques et programmes de certains pays en matière de santé mentale

Rapport provisoire du
Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

L'honorable Michael J.L.Kirby, *président*
L'honorable Wilbert Joseph Keon, *vice-président*

Novembre 2004

Error! No table of contents entries found.

TABLE DES MATIÈRES i

ORDRE DE RENVOI iv

SÉNATEURS v

INTRODUCTION: COMPARAISONS INTERNATIONALES 1

CHAPITRE 1: LES SOINS DE SANTÉ MENTALE EN AUSTRALIE 3

1.1 HISTORIQUE ET APERÇU *3*

1.1.1 La prestation des soins de santé généraux en Australie 3

1.1.2 La stratégie nationale en matière de santé mentale 5

1.1.2.1 L'évaluation de la stratégie nationale en matière de santé mentale *7*

1.2 COÛTS ET FINANCEMENT DES SERVICES dE SANTÉ MENTALE *8*

1.3 PRESTATION ET ORGANISATION DES SERVICES *11*

1.3.1 L'hébergement au sein de la collectivité, les soins ambulatoires et les ONG 13

1.3.2 Les resources humaines 14

1.3.3 Les services de santé mentale du secteur privé 16

1.3.4 La prestation des services de santé mentale aux aborigènes 17

1.4 TOXICOMANIE ET ABUS DE SUBSTANCES *18*

1.5 PROMOTION ET PRÉVENTION *19*

1.5.1 La prévention du suicide 20

1.6 PERSPECTIVES DE RÉFORME *21*

1.7 OBSERVATIONS DU COMITÉ *23*

CHAPITRE 2: LES SOINS DE SANTÉ MENTALE EN NOUVELLE-ZÉLANDE **25**

2.1 HISTORIQUE ET APERÇU *25*

2.1.1 La stratégie de santé mentale 27

2.2 COÛTS ET FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE *30*

2.3 PRESTATION ET ORGANISATION DES SERVICES *31*

2.3.1 Les services aux Maoris 33

2.3.2 Les ressources humaines 35

2.4 PROMOTION ET PRÉVENTION *36*

2.4.1 Le projet de lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées à la maladie mentale 37

2.5 PERSPECTIVES DE RÉFORME 39
2.6 OBSERVATIONS DU COMITÉ 40

CHAPITRE 3: LES SOINS DE SANTÉ MENTALE EN ANGLETERRE 43
3.1 HISTORIQUE ET APERÇU 43
3.1.1 La santé mentale 45
3.2 COÛTS ET FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE 50
3.3 PRESTATION ET ORGANISATION DES SERVICES 52
3.3.1 Les resources humaines 55
3.3.2 Les services aux minorités 55
3.4 PROMOTION ET PRÉVENTION 56
3.4.1 La lutte à la stigmatisation et à la discrimination 56
3.4.2 La prévention du suicide 58
3.5 PERSPECTIVES DE RÉFORME 60
3.6 OBSERVATIONS DU COMITÉ 61

CHAPITRE 4: LES SOINS DE SANTE MENTALE AUX ÉTATS-UNIS 63
4.1 HISTORIQUE ET APERÇU 63
4.1.1 La santé mentale 64
4.2 COÛTS ET FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE 67
4.2.1 Les coûts de la maladie mentale aux États-Unis 67
4.2.2 L'assurance santé mentale financée par l'État 68
4.2.3 L'assurance santé mentale privée 69
4.2.3.1 Les éléments de base de l'assurance santé mentale 69
4.2.3.2 L'organisation de l'assurance santé mentale privée 70
4.3 ORGANISATION ET FOURNITURE DES SERVICES 72
4.3.1 Les soins généraux et primaires 74
4.3.2 Les soins spécialisés 74
4.3.3 Les services à la personne 74
4.3.3.1 L'emploi 75
4.3.3.2 Le logement 75
4.3.3.3 Les services aux personnes incarcérées 76
4.3.3.4 L'accès aux services en milieu rural 76
4.3.3.5 Les services aux minorités 77
4.3.3.6 Les services aux enfants 78
4.4 PROMOTION et PRÉVENTION 79
4.4.1 La stratégie nationale de prévention du suicide 79
4.5 PERSPECTIVES DE RÉFORME 81
4.6 OBSERVATIONS DU COMITÉ 85

CHAPITRE 5: COMPARAISON DES SOINS DE SANTÉ MENTALE DANS LES QUATRE PAYS ÉTUDIÉS 87
5.1 INTRODUCTION 87
5.2 HISTORIQUE ET APERÇU 87

5.3 COÛTS ET FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE 88
5.4 PRESTATION ET ORGANISATION DES SERVICES 90
5.5 PROMOTION ET PRÉVENTION 91
5.6 PERSPECTIVES DE RÉFORME 93
5.7 OBSERVATIONS DU COMITÉ 94

ANNEXE A: LISTE DES TÉMOINS AYANT COMPARUS DEVANT LE COMITÉ TROISIÈME SESSION DE LA 37E LÉGISLATURE (2 FÉVRIER AU 23 MAI 2004) I

ANNEXE B: LISTE DES TÉMOINS AYANT COMPARUS DEVANT LE COMITÉ DEUXIÈME SESSION DE LA 37E LÉGISLATURE (30 SEPTEMBRE 2002 – 12 NOVEMBRE 2003) IX

ANNEXE C: LISTE DES INDIVIDUS QUI ONT RÉPONDU À UNE LETTRE DU COMITÉ AU SUJET DES PRIORITÉS POUR LA RÉFORME DANS LE SECTEUR DE LA MALADIE MENTALE XV

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 7 octobre 2004

L'honorable sénateur Kirby propose, appuyé par l'honorable sénateur Losier-Cool,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner, pour en faire rapport, les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système des soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le Comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale ;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus sur l'étude de la santé mentale et des maladies mentales par le Comité durant la trente-septième législature soient déférés au Comité ;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 16 décembre 2005 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions jusqu'au 31 mars 2006.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

SÉNATEURS

Les sénateurs suivants ont participé à l'étude du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologies sur l'état du système de soins de santé (plus particulièrement sur la santé mentale):

L'honorable Michael J. L. Kirby, president du Comité
L'honorable Wilbert Joseph Keon, vice-président du Comité

Les honorables sénateurs:

Catherine S. Callbeck
Ethel M. Cochrane
Joan Cook
Jane Mary Cordy
Joyce Fairbairn, P.C.
Aurélien Gill
Janis G. Johnson
Marjory LeBreton
Viola Léger
Yves Morin
Lucie Pépin
Brenda Robertson (retraitée)
Douglas Roche (retraité)
Eileen Rossiter (retraitée)
Marilyn Trenholme Counsell

Membres d'office du Comité:
Les honorables sénateurs: Jack Austin P.C. (ou William Rompkey) et Noël A. Kinsella (ou Terrance Stratton)

Autres sénateurs ayant participle de temps à autre à cette étude:
Les honorables sénateurs Di Nino, Forrestall, Kinsella, Lynch-Staunton, Milne et Murray.

POLITIQUES ET PROGRAMMES DE CERTAINS PAYS EN MATIERE DE SANTE MENTALE

INTRODUCTION: COMPARAISONS INTERNATIONALES

Le présent document est le deuxième d'une série de quatre rapports produits par le Comité sénatorial des affaires sociales, de la science et de la technologie dans le cadre de son étude sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie. Le premier rapport, intitulé Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada, donne une idée générale des politiques et des services concernant la maladie mentale et la toxicomanie au Canada. Il tire les enseignements qui pourraient être utilement appliqués à la réforme de la santé mentale chez nous à partir d'une analyse des politiques et des programmes de quatre autres pays. Le premier et le deuxième rapports combinés nous ont fourni les données de base pour préparer notre troisième rapport : Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Problèmes et options. Celui-ci décrit les grands défis associés à la prestation des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie au Canada et propose des politiques pour s'attaquer à certains des problèmes soulevés. Dans son quatrième et dernier rapport, qui sera publié en novembre 2005, le Comité formulera ses recommandations de réforme.

Dans son étude du secteur des soins actifs au Canada, à laquelle il a consacré deux ans, le Comité s'est rendu compte à quel point il est important, dans le domaine de la politique de la santé, de ne pas se limiter à ce qui se passe à l'intérieur de nos propres frontières. C'est ainsi qu'il a consacré un volume entier sur les six concernant l'assurance-maladie, à un survol de l'expérience de plusieurs pays afin de tirer des enseignements susceptibles d'être appliqués au contexte canadien. Ayant constaté le retard relatif du Canada dans l'élaboration d'une stratégie nationale de promotion de la santé mentale et du traitement des maladies mentales, le Comité a éprouvé la nécessité d'effectuer des comparaisons internationales afin de disposer d'une référence valable et d'un repère intéressant en matière de formulation de politiques.

Comme la situation de chaque pays est particulière, la comparaison entre les expériences de chacun est forcément très limitée. Il peut être impossible de transposer les mesures prises d'un pays à l'autre à cause de la complexité des réseaux de soins de santé, tant du point de vue des modalités de financement que de celui des mécanismes de prestation de services, et à cause de l'enracinement de ces réseaux dans l'histoire, la politique et la culture de chaque pays. Cependant, étant donné que dans nos sociétés industrialisées les décideurs et le personnel traitant se heurtent à des problèmes semblables, il y a beaucoup à gagner d'une étude attentive de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas ailleurs dans le monde.

Qui plus est, il peut être extrêmement utile de disposer d'un cadre de comparaison pour dégager les dilemmes et les défis communs. Un tel cadre peut permettre de formuler des questions pour orienter de futures études, cerner les aspects à débattre et proposer des orientations de politiques. Le présent volume de notre rapport s'articule donc autour de quatre études de pays (l'Australie, la Nouvelle-Zélande, l'Angleterre et les États-Unis) et il se conclut par un chapitre établissant la synthèse des principaux enseignements que le Canada doit retenir.

Dans chaque cas, notre analyse porte sur les mêmes sujets de base, mais elle varie forcément dans le détail en fonction de l'expérience de chaque pays et de la documentation qui était disponible. Dans ses travaux, le Comité a bénéficié d'un sérieux coup de pouce venu d'éminents experts et décideurs de chaque pays étudié. Ces personnes, à qui nous adressons ici tous nos remerciements, ont témoigné par vidéoconférence. Pour effectuer la comparaison en question, le Comité ne disposait pas des ressources nécessaires pour effectuer une recherche poussée sur le terrain et il a donc dû s'en remettre aux documents accessibles sur Internet ou à ceux des collections de la Bibliothèque du Parlement.

Pour ce qui est de la consommation abusive de substances et de la toxicomanie, le Comité s'est, autant que possible, fondé sur les témoignages recueillis lors de ses séances. Toutefois, il est bien conscient qu'il faudrait effectuer beaucoup plus de recherches sur les politiques et les programmes de chaque pays avant d'entreprendre une quelconque comparaison internationale valable à ce sujet.

Pour autant que nous sachions, il n'existe pas de comparaison internationale des politiques et des pratiques en matière de santé mentale qui tienne compte des derniers développements dans les pays étudiés. Du moins, il n'en existe pas qui ressemble à celle que nous présentons dans les chapitres suivants. Cela étant, cette partie du rapport pourrait également aider les décideurs d'autres pays qui s'intéressent à la situation de leur propre système de santé mentale. Pour sélectionner les pays étudiés, le Comité a suivi les recommandations d'experts et de gens de terrain, sans compter que nous avons tenu à choisir des pays dont les systèmes de santé étaient à peu près comparables au nôtre. Le fait qu'il existe un système fédéral dans deux de ces pays (en Australie et aux États-Unis) et un système unitaire dans deux autres (Nouvelle-Zélande et Royaume-Uni) constitue un autre élément de comparaison.

CHAPITRE 1:
LES SOINS DE SANTÉ MENTALE EN AUSTRALIE[1]

1.1 HISTORIQUE ET APERÇU

1.1.1 La prestation des soins de santé généraux en Australie

Étant donné que l'Australie, comme le Canada, a un régime politique fédéral, la responsabilité de son système de soins de santé est partagée entre le gouvernement national (ou du Commonwealth) et les gouvernements infranationaux (c'est-à-dire ceux des six États et des deux territoires). Le gouvernement du Commonwealth joue cependant un plus grand rôle à l'intérieur du système de soins de santé que le gouvernement fédéral au Canada. Les États et les territoires dépendent notamment davantage du gouvernement du Commonwealth que les gouvernements provinciaux ne dépendent du fédéral au Canada pour ce qui est du financement de ces soins. En Australie comme au Canada, les gouvernements locaux (les municipalités) jouent un rôle relativement limité dans les soins de santé.

Le gouvernement du Commonwealth est responsable de la formulation, pour l'ensemble du pays, des politiques d'intérêt général dans les domaines de la santé publique, de la recherche en santé et de la gestion à l'échelle nationale de l'information sur la santé. Il administre « Medicare », qui est le régime national d'assurance-santé financé par l'État, et réglemente l'industrie privée de l'assurance-santé. Il finance et réglemente également les soins dispensés dans les foyers pour personnes âgées et finance et administre conjointement avec les États et les territoires certains soins de santé communautaires et à domicile. Le gouvernement du Commonwealth finance les soins de santé à partir de l'ensemble des taxes et des impôts ainsi que d'un impôt spécial au titre des soins de santé de 1,5 p. 100 prélevé sur le revenu imposable.

Les gouvernements des États et des territoires sont responsables, au premier chef et dans les limites de leur secteur de compétence, de la gestion et de la prestation des services de santé assurés par l'État. Ils fournissent les services de soins hospitaliers actifs et psychiatriques publics et une vaste gamme de services communautaires et de santé publique, ce qui inclut la santé en milieu scolaire, les soins dentaires et la santé des enfants et des mères. Ils territoires sont également responsables de la réglementation des fournisseurs de soins de santé, de la délivrance des permis et de l'agrément des hôpitaux privés. Le financement des soins de

---

[1] À moins d'indication contraire, les renseignements contenus dans le présent chapitre proviennent des sources suivantes : Commonwealth Department of Health and Ageing (2002) *National Mental Health Report 2002: Seventh Report. Changes in Australia's Mental Health Services under the First Two Years of the Second National Mental Health Plan 1998-2000*; Australian Health Ministers, *National Mental Health Plan 2003–2008*; Thornicroft, G. et V. Betts 2002, *International Mid-Term Review of the Second National Mental Health Plan for Australia*; Whiteford, Harvey, Ian Thompson et Dermot Casey, « The Australian Mental Health System, » *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 23, nº 3-4, 2000; Whiteford, Harvey, Bill Buckingham et Ronald Manderscheid, « Australia's National Mental Health Strategy, » *British Journal of Psychiatry* (2002) 180; Groom, Grace, Ian Hickie et Tracey Davenport « *Out of Hospital, Out of Mind!* » avril 2003; *SANE Mental Health Report 2002-03*, SANE Australia; The Mental Health Council of Australia, *Promoting the mental health of all Australians, a 2001 Federal Election Submission*.

santé par les États et les territoires australiens provient essentiellement de subventions du gouvernement du Commonwealth, de l'ensemble des taxes et des impôts et des frais d'utilisation des services de santé.

En Australie, le régime d'assurance-maladie est obligatoire et il garantit donc une couverture universelle. Le régime public d'assurance-santé est plus étendu en Australie qu'au Canada, puisqu'il englobe les médecins, les hôpitaux, les médicaments vendus sur ordonnance et certains soins de santé communautaire et à domicile. Contrairement à ce qui se fait au Canada, il permet d'imposer des frais d'utilisation et une surfacturation pour des services de santé assurés par l'État. Le Medicare australien comporte plus exactement trois grands volets :

- Le Medical Benefits Scheme (MBS), régime d'assurance médicale qui garantit l'accès aux médecins (non rattachés à des hôpitaux). Le MBS répertorie une vaste gamme de services médicaux et prescrit les honoraires qui s'appliquent à chaque élément (les « honoraires prévus »), mais ne rembourse que 85 p. 100 des honoraires inscrits au barème des médecins. Par contre les médecins peuvent charger des honoraires plus élevés que ce qui est prévu au barème.
- Les Australian Health Care Arrangements (AHCA), accords sur les soins de santé qui servent de fondement au financement fournit par le gouvernement du Commonwealth aux États et aux territoires pour les services hospitaliers. Les fonds versés pour ces derniers par le gouvernement du Commonwealth revêtent la forme de subventions annuelles globales dont les montants sont négociés dans le cadre de l'établissement d'ententes quinquennales avec les États et les territoires, qui, en retour, acceptent de ne pas autoriser l'imposition de frais d'utilisation pour les services des hôpitaux publics.
- Le Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS), régime d'assurance-médicaments reposant sur un formulaire pharmaceutique national qui assure gratuitement l'accès aux médicaments prescrits à l'extérieur des hôpitaux, sous réserve de seuils annuels. Une fois atteints, ces seuils donnent lieu à de nouvelles réductions des sommes que les particuliers doivent assumer.

En Australie, comme au Canada, quelque 70 p. 100 des dépenses affectées à la santé sont financées par le secteur public (46 p. 100 par le gouvernement du Commonwealth et 24 p. 100 par les gouvernements des États et des territoires) et 30 p. 100 par le secteur privé. La Constitution australienne permet au gouvernement du Commonwealth de percevoir des impôts sur le revenu; celui-ci finance une plus grande proportion des soins de santé que ne le fait le gouvernement fédéral au Canada. C'est le principal assureur public de médicaments vendus sur ordonnance et de services de médecins, puisqu'il finance environ 50 p. 100 des dépenses des hôpitaux.

Les États et, dans une moindre mesure, les gouvernements locaux sont responsables du gros des dépenses publiques. Environ 25 p. 100 de leurs budgets sont affectés aux soins de santé et à peu près 69 p. 100 de ces fonds sont alloués aux hôpitaux publics. Le financement des soins de santé par les gouvernements des États provient principalement de deux sources : premièrement, des recettes générales et des crédits limitatifs ciblés accordés par le

gouvernement du Commonwealth et, deuxièmement, de l'assiette des revenus généraux des États eux-mêmes. Le gouvernement du Commonwealth finance les États par le biais de subventions globales au titre de la santé, qui sont de plus en plus conditionnelles, et de versements inconditionnels de la TPS (taxe sur les produits et les services).

Par rapport à ce qui se fait au Canada, les régimes privés d'assurance-santé australiens s'inscrivent à la fois en complément et en concurrence du régime d'État. Les assureurs privés peuvent offrir les mêmes prestations que celles prévues par le régime public et les Australiens peuvent compléter la couverture de Medicare, mais ils ne peuvent se retirer du système public financé par leurs impôts. En Australie, les régimes complémentaires d'assurance sont tarifiés sans distinction, ce qui veut dire qu'aucun *malus* ni *bonus* n'est imputé aux prestataires en fonction de leur âge, de leur sexe, de leur état de santé ou des risques potentiels qu'ils courent.

Pour ce qui est de la prestation des services, on recense en Australie un petit nombre d'hôpitaux privés à but lucratif bâtis et administrés par des entreprises privées et qui offrent des services hospitaliers en vertu de certaines modalités conclues avec les gouvernements de l'État et des territoires. Il demeure que la plupart des lits pour soins actifs et des cliniques de soins externes d'urgence se trouvent dans les hôpitaux publics. En règle général, les hôpitaux privés offrent des soins non urgents et moins complexes, comme les chirurgies électives simples.

Comme devait l'affirmer M. Dermot Casey, secrétaire adjoint, Direction des priorités sanitaires et de la prévention du suicide au ministère de la Santé et de la vieillesse du gouvernement de l'Australie, durant son témoignage par vidéoconférence :

> *Nous pensons que le secteur privé fait partie intégrante de notre régime de soins de santé. La politique du gouvernement est telle que les gens ont le choix quant à l'endroit où ils reçoivent leurs soins de santé. [...] Nous essayons d'encourager tous les États et les territoires à avoir des établissements privés, car la politique du gouvernement est d'avoir un seul système, mais de multiples choix.*

1.1.2 La stratégie nationale en matière de santé mentale

Depuis 1992, la santé mentale est une priorité pour les gouvernements du Commonwealth, des États et des territoires. Opposition et majorité se sont entendus sur la ligne à tenir pour réformer les soins de santé mentale, ce qui a permis à l'Australie d'appliquer des points de repère internationaux à la définition et l'adoption d'objectifs nationaux en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies mentales.

C'est ainsi que la National Mental Health Policy (politique nationale en matière de santé mentale) a été adoptée par tous les États et les territoires et par le gouvernement fédéral en avril 1992. On a appelé cette politique, mise en œuvre au moyen d'une série de plans nationaux en matière de santé mentale d'une durée de 5 ans, la National Mental Health Strategy (stratégie nationale en matière de santé mentale).

Celle-ci a été la première tentative destinée à coordonner, à l'échelle nationale, la mise en place de services publics de santé mentale. On a commencé en Australie, comme dans d'autres pays occidentaux, au milieu des années 60 à réduire rapidement et sans aucune planification le nombre de lits à l'intérieur du réseau public d'établissements psychiatriques. Comme ailleurs, c'est une combinaison d'éléments (c'est-à-dire des traitements à l'aide de nouveaux médicaments, des progrès du côté des pratiques cliniques et l'émergence du mouvement en faveur des droits de la personne qui préconisait l'abolition des systèmes isolant les personnes handicapées de l'ensemble de la collectivité) qui a entraîné en Australie la marche vers la « désinstitutionalisation ».

Selon certaines estimations, le nombre maximum de lits réservés aux soins psychiatriques, environ 30 000, aurait été atteint au début des années 60, époque où la population de ce pays correspondait à peu près à la moitié de sa population actuelle.[2] À ce moment-là, l'isolement et la garde (en milieu fermé) des gens qui souffraient d'une maladie mentale dominaient la culture thérapeutique et bien des lits réservés aux malades psychiatriques étaient situés dans des « asiles » ruraux, loin de leurs familles et de leurs réseaux sociaux. Le surpeuplement de ces établissements était général, puisqu'on entassait souvent souvent jusqu'à 100 patients dans des pavillons normalement destinés à pourvoir aux besoins de 25 personnes. La réduction de la taille des hôpitaux amorcée dans les années 60 s'est cependant inscrite à l'intérieur du cadre d'une politique qui garantissait aucunement la mise sur pied de services communautaires en relève des établissements en voie de disparition.

La stratégie nationale en matière de santé mentale (SNSM), en partie pensée pour réagir à l'héritage de la réduction non planifiée du nombre de lits réservés aux soins psychiatriques, visait à établir une orientation cohérente qui guiderait une future réforme des services de santé mentale. Cette stratégie, approuvée en 1992 par tous les ministres australiens de la Santé, a établi un cadre de collaboration entre tous les ordres de gouvernement destiné à assurer la poursuite, échelonnée sur 5 ans, de 12 thèmes prioritaires convenus en vertu du First National Mental Health Plan (1993–1998), premier plan national en matière de santé mentale. Ses objectifs consistaient, entre autres, à :

- accroître la proportion de soins psychiatriques actifs pour malades hospitalisés fournis dans les hôpitaux généraux par rapport à celle des soins du même type assurés dans les hôpitaux psychiatriques séparés;
- inclure des services intégrés de santé mentale à l'intérieur de l'ensemble des dispositions relatives à l'organisation des services de santé générale;
- veiller à ce que chaque État, territoire et région aient un plan relatif à la combinaison des services offerts à sa population;
- réduire la taille ou fermer des hôpitaux psychiatriques et, en même temps, fournir suffisamment de services de soins actifs en milieu hospitalier, de services d'hébergement et de services de santé communautaire de substitution;
- accroître le nombre et la gamme de services d'hébergement supervisés offerts en milieu communautaire et assurer d'une gamme suffisante de services pour répondre aux besoins des usagers de soins de santé mentale.

---

2 En juillet 2004, la population de l'Australie était estimée à 19 913 000 habitants.

L'adoption du régime national de santé mentale a, par ailleurs, été accélérée par les pressions exercées par le gouvernement du Commonwealth sur l'État et les territoires, comme M. Casey l'a expliqué au Comité :

> *Il est intéressant de noter que l'élan favorable à un changement en Australie est venu en réalité des États et des territoires qui demandaient au gouvernement fédéral d'assumer un rôle et d'intervenir en matière de soins de santé mentale. [...] On a soutenu que le gouvernement fédéral engageait des dépenses très élevées, mais qu'il n'exerçait aucun contrôle en amont, c'est-à-dire en vue d'améliorer ce qui se faisait en santé mentale. Voilà pour le contexte vers la fin des années 80 et au début des années 90.*

Le premier plan national en matière de santé mentale a été suivi d'une seconde mouture que tous les ministres australiens de la Santé ont approuvée en juillet 1998. Ce nouveau plan fournissait un deuxième cadre quinquennal d'action (échelonné de 1998 à 2003) aux niveaux national, des États et des territoires. Il s'appuyait sur les réalisations liées à la politique nationale en matière de santé mentale et sur le premier plan national en la matière. Ce deuxième plan national visait principalement à consolider les réformes effectuées et en apporter dans d'autres domaines en mettant fortement l'accent sur les questions et les interventions reliées à la santé de la population.

Trois autres thèmes prioritaires sont apparus dans ce deuxième plan national :

- promotion et prévention;
- partenariats en matière de réforme et de prestation des services;
- qualité et efficacité.

Un troisième plan national vient d'être adopté. L'avant-dernière partie du présent chapitre en donne un aperçu.

1.1.2.1 L'évaluation de la stratégie nationale en matière de santé mentale

Des experts internationaux qui ont effectué une évaluation à mi-terme de la réalisation du deuxième plan national en matière de santé mentale ont conclu que la Stratégie nationale et les premier et deuxième plans nationaux en matière de santé mentale (qui découlent de la Stratégie) reflètent un leadership exemplaire sur le plan des politiques en matière de santé mentale qui a mené en Australie à d'importantes réalisations dans le domaine, et ce, à tous les niveaux. Parmi les principales réalisations en question, ces consultants internationaux ont souligné l'intégration des évaluations et des interventions en matière de santé mentale à la fourniture des soins ordinaires ainsi que l'inclusion véritable des usagers de services de santé mentale et de leurs soignants dans le processus d'élaboration des politiques en matière de santé mentale, et ce, à tous les niveaux.

Selon les experts internationaux en question, à bien des égards, l'Australie est le chef de file mondial sur le plan de la promotion de la santé mentale, de la prévention de la maladie mentale, des mesures d'intervention précoce adoptées pour la combattre et de la réduction de la stigmatisation s'y rattachant. Ils estiment en outre que l'Australie fixe une norme pour d'autres pays en ce qui a trait à une initiative stratégique nationale qu'il est possible de mettre sur pied, qu'il faudrait lancer et qui montre comment les gouvernements central et les États (ou des provinces) d'un régime fédéral peuvent s'entendre et énoncer des principes en vue pour s'attaquer à des problèmes sociaux et de santé difficiles à régler. Les experts internationaux susmentionnés ont laissé entendre dans leur rapport d'examen qu'aucun autre pays n'a pris le temps de canaliser son capital intellectuel et politique pour élaborer un plan dont les objectifs mesurables sont aussi ambitieux. Ils affirment aussi que la stratégie australienne en matière de santé mentale de même que le premier et le deuxième plan national en matière de santé mentale sont des modèles internationaux pour les politiques dans ce domaine, ce qui a capté l'attention et l'imagination du monde entier.

D'après le Conseil de la santé mentale, principal groupe de pression non gouvernemental en matière de santé mentale, seulement 38 p. 100 des Australiens qui souffraient d'un trouble mental ont cependant pu avoir accès à des services de santé en 1997. Ce conseil a souligné qu'on est encore aujourd'hui grandement insatisfait de bien des aspects des services de santé mentale en Australie, malgré les progrès réalisés dans la foulée de la stratégie nationale en matière de santé mentale.

1.2 COÛTS ET FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Les dépenses pour les services de santé mentale[3] effectuées en Australie par des tierces parties bailleurs de fonds (soit les gouvernements du Commonwealth, des États et des territoires ainsi que les assureurs privés) ont atteint 2,6 milliards de dollars australiens en 1999-2000,[4] ce qui représentait environ 6,6 p. 100 de l'ensemble des dépenses brutes courantes affectées aux services de santé. Sur ces 2,6 milliards de dollars australiens, les États et les territoires en ont dépensé 1,6 en tout, le gouvernement du Commonwealth, 884 millions et les fonds privés de santé, 120 millions, soit, respectivement, 60,8, 34,5 et 4,7 p. 100.

---

[3] Les estimations de dépenses fournies ici sont tirées du *National Mental Health Report (2002)* et n'englobent que la fourniture des « specialized mental health services » (services spécialisés de santé mentale). Elles excluent une vaste gamme de services dont ont besoin les gens atteint d'une maladie mentale, comme les services médicaux et hospitaliers généraux, de logement, de sécurité du revenu, d'emploi et de formation et les programmes généraux de soutien communautaire. On a noté dans le rapport susmentionné que les comparaisons au niveau international des dépenses au titre de la santé mentale de l'Australie exprimées sous forme de part du total des dépenses au titre de la santé ne sont pas fiables, parce qu'on utilise d'un pays à l'autre des méthodes différentes pour comptabiliser de telles dépenses. On inclut, par exemple, dans certains pays dans les limites des dépenses en question pour des montants qui sont expressément exclus des estimations australiennes comme les sommes consacrées aux services assurés aux alcooliques, aux toxicomanes et aux handicapés intellectuels, aux soins fournis aux personnes souffrant de démence ou au logement de toutes ces catégories de patients et aux versements de prestations de sécurité du revenu aux usagers de soins de santé mentale.

[4] Le 9 août 2004, le dollar australien valait un peu plus de 94 cents canadiens.

On constate que les dépenses courantes pour les services de santé mentale en Australie, dépenses effectuées par les principaux responsables du financement, ont augmenté de 44 p. 100 en tout dans la période d'application de la SNSM (entre 1993 et 2000; dépenses exprimées ici en prix constants de 2000). Les dépenses allouées aux services de santé se sont accrues de 42 p. 100 dans la même période, ce qui signifie que les dépenses affectées aux soins de santé mentale ont relativement augmenté, mais n'y ont pas grimpé de façon significative.

Si le pourcentage du total des dépenses au titre de la santé consacrées aux services de santé mentale et aux activités qui s'y rattachent est demeuré relativement stable dans la période d'application de la SNSM, le gouvernement du Commonwealth australien a porté sa part du total des dépenses nationales affectées aux services de la santé mentale, passant de 27 p. 100 en 1992-1993 à 35 p. 100 en 1999-2000. Le principal élément moteur de cette augmentation, qui représente 68 p. 100 de la hausse des dépenses du gouvernement du Commonwealth australien, a été la croissance des coûts des médicaments utilisés en psychiatrie et fournis par l'entremise du Pharmaceutical Benefits Scheme. Les dépenses de ce dernier pour les médicaments utilisés en psychiatrie ont augmenté de 402 p. 100 entre 1992-1993 et 1999-2000, ce qui correspond à presque 4 fois le taux d'accroissement de l'ensemble des dépenses du PBS (105 p. 100) enregistrées dans la même période.

L'Australian Institute of Health and Welfare, institut de la santé et du bien-être de l'Australie, estime que pour 1996, il fallait attribuer aux troubles mentaux environ 30 p. 100 du fardeau financier dû aux maladies non mortelles et 27 p. 100 des années de travail et d'études perdues en raison de handicaps. Il estime également que les pertes de productivité découlant de troubles de santé mentale coûtent 5 milliards de dollars australiens par année. Selon cet organisme, les gens qui souffrent de troubles mentaux sont, en Australie, la cause de 5 fois plus de jours de travail perdus annuellement que ceux et celles qui souffrent de troubles somatiques, et que cela représente chaque année 70 millions de jours de travail et d'études.

Depuis l'entrée en vigueur de la politique nationale en matière de santé mentale originale, les Australiens veillent à ce que les économies qui découlent de la réduction planifiée du nombre et de la taille des hôpitaux psychiatriques autonomes soient réaffectées à la mise sur pied de nouveaux services de santé mentale. Tous les ordres de gouvernement ont pris l'engagement de maintenir leurs budgets d'une façon ou d'une autre afin qu'une réduction simultanée du financement des soins de santé mentale par les États et les territoires ne réduise pas à zéro les gains obtenus grâces aux économies ni les fonds additionnels dérivés de la SNSM. L'entente entre gouvernements destinée à conserver les ressources affectées à la santé mentale comportait deux volets :

- l'engagement de maintenir le niveau des dépenses affectées aux services de santé mentale;
- l'engagement aussi de réinvestir les ressources libérées à la suite de la fermeture ou de la rationalisation de services de santé mentale dans des programmes de santé mentale.

À cet égard, M. Casey a déclaré au Comité que les tentatives visant à maintenir le niveau de financement des soins de santé mentale ont si bien abouti que plus aucune mesure n'est nécessaire sur ce plan :

> *En fait, l'une des craintes du gouvernement fédéral, il y a dix ans, c'était que si nous donnions de l'argent pour la santé mentale, les États et les Territoires se contenteraient de le prendre et de le consacrer à autre chose. Nous avions une entente stipulant qu'ils maintiendraient leur niveau de financement si le gouvernement fédéral augmentait le montant total. Nous avons suivi à la trace l'argent dépensé, et les États et Territoires devaient faire rapport à une instance de contrôle des dépenses. Nous n'avons plus besoin de ce système aujourd'hui, dix ans plus tard, parce que conscients de l'importance de cet aspect à leur niveau et de la controverse politique que cela occasionnerait dans les collectivités, les gouvernements ne dépenseraient pas ces montants à d'autres fins.*

Les changements apportés dans la période qui a suivi l'adoption de la SNSM visaient à réduire la dépendance de l'Australie envers les soins en établissement, à renforcer les solutions de rechange en matière de soins de santé communautaire et à commencer à combler l'insuffisance des réseaux de services de santé mentale constatée lors des nombreuses enquêtes menées au cours de la décennie précédente. Dans les cinq premières années d'application de la SNSM :

- les dépenses affectées aux services communautaires ont augmenté de 87 p. 100 en chiffres absolus;
- les ressources libérées à la suite de la réduction du nombre/de la taille des établissements hospitaliers ont été réinvesties dans des services de rechange et ont fourni environ la moitié des fonds additionnels utilisés pour développer les services communautaires.

À partir de 1998-1999, les dépenses affectées aux hôpitaux psychiatriques séparés ont été réduites de 13 autres pour cent si bien qu'en 1999-2000, les établissements psychiatriques autonomes ne représentaient que 23 p. 100 du total des dépenses allouées aux services de santé mentale (comparativement à 49 p. 100 en 1992-1993). En outre, les dépenses affectées aux services communautaires ont augmenté de 16 p. 100 durant cette période, ce qui a porté l'augmentation des dépenses allouées à ces services depuis l'entrée en vigueur de la SNSM à 117 p. 100 en tout. Étant donné que les trois quarts environ de la hausse des dépenses effectuées depuis le début de l'application de la stratégie en question ont été affectés aux services de soins ambulatoires.[5] En 1999-2000, 49 p. 100 du total des dépenses consacrées aux services de santé mentale étaient alloués à des services communautaires, contre 29 p. 100 au début de l'application de la stratégie.

---

[5] Les soins ambulatoires s'appliquent à tous les services de santé mentale consacrés à l'évaluation, au traitement, à la réhabilitation ou aux soins de patients traités en externe.

Dans le septième rapport national sur la santé mentale (publié en 2002), à la suite de son analyse des tendances observées en dépenses de santé mentale depuis l'application de la SNSM, le ministère de la santé et du vieillissement du Commonwealth australien tire les conclusions suivantes :

- Les engagements pris par tous les gouvernements australiens pour conserver les ressources affectées à la santé mentale durant une période où les choses ont évolué rapidement ont été respectés. Les dépenses qu'ils affectent chaque année à la santé mentale ont progressé de 46 p. 100 en chiffres absolus depuis 1992-1993. Les dépenses allouées à la santé mentale ont, en moyenne, continué d'augmenter chaque année en vertu aux termes du deuxième plan national en matière de santé mentale.
- On dépense maintenant en Australie 778 millions de dollars de plus en fonds publics au titre des services de santé mentale – ou 33 $ de plus par personne et par année – qu'on le faisait dans les débuts de la SNSM. Une bonne partie de cette augmentation est affectée au développement des services communautaires.
- L'augmentation des dépenses affectées à la santé mentale reflète simplement les tendances observées sur le plan de l'ensemble des dépenses allouées à la santé. Résultat : la « part » du total des dépenses en santé consacrée à la santé mentale est demeurée la même et elle n'a pas beaucoup augmenté, même si elle est importante en chiffres absolus.
- Les subventions qu'accorde le gouvernement du Commonwealth aux États et aux territoires en vertu de la SNSM ne représentent que 3 p. 100 de leurs dépenses annuelles à ce titre, mais elles ont permis de générer des fonds pour de nouveaux services et de guider l'ensemble du processus de réforme. La SNSM, fondée sur la collaboration, semble avoir permis d'empêcher un phénomène de transfert des coûts qui inquiète bien de promoteurs d'initiatives de partenariat entre les gouvernements du Commonwealth et des États australiens.

Certains ont cependant fait observer que la SNSM a permis d'accroître et de réaffecter les dépenses pour les services de santé mentale en Australie, mais qu'on alloue encore trop peu de ressources à ce secteur. Des défenseurs et des promoteurs des services de santé mentale soutiennent, par exemple, que le niveau des dépenses affectées à la santé mentale en Australie (6,6 p. 100 du total des dépenses en santé), demeure inférieur à celui des constaté dans des pays comparables, y compris le Canada, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni.

1.3 PRESTATION ET ORGANISATION DES SERVICES

En Australie les services en santé mentale sont offerts par le truchement de tout un éventail de programmes. Dans le secteur public, le modèle type de prestation de services spécialisés en santé mentale donne lieu à la fourniture de services à un bassin de population déterminé et il y a intégration des services entre milieu communautaire et milieu hospitalier. On y fournit des services aux malades hospitalisés dans les hôpitaux généraux et dans les hôpitaux psychiatriques séparés. Les services de soins communautaires dans ce pays comprennent une gamme de types de services, y compris des services cliniques, de suivi et de traitements mobiles et d'intervention d'urgence (mobiles également). On pratique souvent la gestion de

cas pour coordonner les services fournis dans différents milieux. Les services de logement, de soutien aux handicapés, d'emploi et de sécurité du revenu sont financés en vertu d'autres programmes gouvernementaux. Les gouvernements des États et des territoires continuent à jouer le rôle le plus important en matière de prestation de services spécialisés en santé mentale parce qu'ils sont, directement ou indirectement, les principaux responsables de la fourniture et de la gestion de la plupart des services.

Le niveau et la combinaison des services fournis aux malades hospitalisés ont énormément changé depuis les débuts de la SNSM. Quand cette stratégie est entrée en vigueur, en 1992 :

- 73 p. 100 des lits réservés aux soins psychiatriques étaient situés dans des établissements autonomes;
- 29 p. 100 seulement des ressources allouées à la santé mentale étaient affectées aux soins de santé communautaire;
- les hôpitaux psychiatriques autonomes représentaient la moitié du total des dépenses affectées à la santé mentale par les États et les territoires;
- moins de 2 p. 100 des ressources étaient allouées à des programmes non gouvernementaux destinés à aider des gens qui vivaient dans la collectivité.

En juin 2000, les 1 991 lits jusque-là réservés aux soins psychiatriques dans le secteur public avait été diminués de 25 p. 100. Au début de l'application de la SNSM, 55 p. 100 seulement des lits réservés aux soins psychiatriques actifs étaient situés dans les hôpitaux généraux, proportion qui a grimpé à 73 p. 100 à la fin de la mise en œuvre du premier plan national en matière de santé mentale, en 1998. En juin 2000, au moins 80 p. 100 des lits réservés aux soins psychiatriques actifs étaient situés dans les hôpitaux généraux à cause de la réduction alors en cours des services de soins actifs dans les hôpitaux psychiatriques autonomes et d'une augmentation de 13 p. 100 du nombre de lits (par rapport à 330) dans les services de soins actifs des hôpitaux généraux. Depuis l'entrée en vigueur de la SNSM, le nombre de lits réservés aux soins psychiatriques actifs situés dans les hôpitaux généraux a augmenté de 51 p. 100, soit de 990.

La SNSM ne prescrit pas de niveau optimal ni de combinaison optimale pour ce qui est des services aux patients hospitalisés. Elle reconnaît plutôt les conditions et les contextes historiques différents de tous les secteurs de compétence et la nécessité que les plans en matière de santé mentale reposent sur une analyse des besoins de la population locale. Il peut donc exister d'énormes différences sur le plan des services entre les États et les territoires. On soulignait dans les premiers rapports nationaux sur la santé mentale que les États et les territoires australiens s'entendaient généralement pour disposer d'une vingtaine de lits de soins psychiatriques actifs par 100 000 habitants. Il ne s'est pas encore dégagé de consensus semblable au sujet de la fourniture des lits autres que ceux réservés aux soins psychiatriques actifs.

1.3.1 L'hébergement au sein de la collectivité, les soins ambulatoires et les ONG

La surveillance de l'hébergement au sein de la collectivité, établie selon la SNSM, consiste principalement à déterminer dans quelle mesure chaque État et chaque territoire mettent sur pied des services de logement communautaires de substitution, supervisés 24 heures sur 24. Il a été a proposé de créer des services de ce genre, connus sous divers vocables comme « community care units » (services de soins communautaires) et « psychiatric hostels » (foyers psychiatriques), pour qu'ils prennent la relève des services traditionnellement assurés dans les services de soins de longue durée des hôpitaux psychiatriques. En juin 2000, l'Australie offrait 1 382 lits à l'intérieur de services communautaires d'hébergement supervisés, soit 68 p. 100 de plus qu'en juin 1993.

Au niveau agrégé à l'échelle nationale, cependant, l'augmentation du nombre de lits réservés aux soins psychiatriques dans les services de logement en milieu communautaire supervisés (558) ne représente qu'un quart environ de la diminution des lits de soins de longue durée dans les hôpitaux psychiatriques (2 285). L'essor des services de logement en milieu communautaire a donc été inégal, variant énormément d'un État ou d'un territoire à l'autre. Aucun consensus entre ces derniers ne s'est encore dégagé au sujet de points de référence en matière de planification pour la fourniture de services spécialisés d'hébergement dans la collectivité. Il a été établi que la création d'un nombre insuffisant de services du genre par la plupart des secteurs de compétence constitue un problème important étant donné l'engagement de tous les États et territoires australiens à mettre sur pied une gamme complète de services communautaires pour prendre la relève des services traditionnellement assurés par les hôpitaux psychiatriques autonomes. À ce sujet, M. Casey devait indiquer au Comité :

> *Nous avons effectivement réformé toute la prestation des services. Cependant, ce que nous n'avons pas très bien réussi, c'est d'intervenir au niveau de l'emploi, du logement et des soins sociaux pour faire en sorte que ceux qui souffrent de maladie mentale — je crois que c'est l'expression que nous utilisons actuellement puisque la personne ne guérira pas forcément — sont capables de le faire dans un contexte d'interaction sociale maximale et de participation à la vie sociale qui, comme telles, les aideront à demeurer stables et à se rétablir. Le traitement médical à lui seul n'est pas une réponse adéquate aux problèmes des personnes atteintes de troubles mentaux.*

Les services de soins ambulatoires désignent tous les services de santé mentale qui consistent exclusivement à évaluer, à traiter, à réadapter et à soigner les malades non hospitalisés. Cette catégorie comprend : les services de consultations externes (des hôpitaux et des cliniques); les équipes mobiles d'évaluation et de traitement; les programmes de jour et les autres services qui visent uniquement à évaluer, à traiter, à réadapter et à soigner les personnes souffrant d'une maladie mentale ou d'une déficience psychique qui vivent dans la collectivité. En 1999-2000, on comptait 90. p. 100 de plsu de personnel clinique affecté à la fourniture de soins ambulatoires en santé mentale que durant l'année de référence (antérieure à la date d'application de la SNSM), ce qui représente environ 3 000 personnes de plus.

Dans le cadre de la SNSM, on a aussi prévu que les organisations non gouvernementales (ONG) à but non lucratif joueraient un rôle clé dans la prestation des services de soutien aux usagers de soins en santé mentale et à leurs soignants. Le secteur des ONG offre une vaste gamme de services, y compris des programmes d'extension des services à domicile pour aider les gens qui emménagent dans leur nouveau chez-soi, des services de remise en état des logements, des programmes de loisirs, des groupes d'entraide et de soutien mutuel ainsi que des services de relève des soignants et de défense et de promotion des droits des malades dans tout le réseau de la santé.

Dans le premier rapport national sur la santé mentale en Australie, on pouvait lire que le financement octroyé aux ONG était limité et que les services nécessaires pour aider les soignants de personnes souffrant de troubles mentaux étaient mal conçus dans les premiers temps de l'application de la SNSM. La base de financement du secteur des ONG s'est relativement améliorée entre 1993 et 1998, sa part des dépenses annuelles consacrées à la santé mentale ayant grimpé de 2 à 5 p. 100 durant cette période, avant de passer à 5,4 p. 100 en 1999-2000.

Le rôle que jouent les ONG varie d'un ressort à l'autre, ce qui reflète les différences sur le plan de l'organisation et de la prestation des services. Dans certains secteurs de compétence, les services fournis par les ONG remplacent de plus en plus ceux jadis assurés par le secteur gouvernemental ou les services cliniques. L'État de Victoria, par exemple, a transformé les ONG à but non lucratif en principaux fournisseurs de programmes de réadaptation psychosociale, dont beaucoup étaient précédemment limités à des services cliniques, et finance les nouveaux types de services de soutien en cas de déficience psychique. La SNSM n'a pas encore permis de dégager un consensus national au sujet des modèles de prestation de services souhaitables pour le développement du secteur des ONG.

1.3.2 Les resources humaines

Le personnel des services de santé mentale en Australie est, actuellement, surtout composé d'omnipraticiens, de psychiatres, d'infirmières et infirmiers spécialisés en santé mentale, d'ergothérapeutes, de psychologues et de travailleurs sociaux. On estime que le personnel clinique employé dans les services publics de santé mentale a augmenté de 15 p. 100 depuis l'adoption de la SNSM, ce qui équivaut à une environ 2 100 employés de plus. La moitié de cette augmentation a été enregistrée pendant l'application du deuxième plan national en matière de santé mentale.

Cet accroissement du personnel s'est accompagné de changements tant sur le plan des installations que sur celui de la composition des effectifs. Une plus grande proportion du personnel clinique travaille maintenant à l'extérieur des hôpitaux et dispense des traitements au sein d'une gamme de milieux communautaires. En outre, le personnel clinique représentait une plus grande proportion (79 p. 100) du total des effectifs en 1999-2000 qu'au début de l'application de la SNSM (70 p. 100, d'après les estimations). Ce changement s'est produit pendant l'intégration des services et leur transfert au milieu communautaire. Depuis le début de l'application de la SNSM :

- le personnel des services en milieu hospitalier a diminué de 14 p. 100 en tout (il représentait 53 p. 100 de l'ensemble des effectifs en 1999-2000 contre 71 p. 100 en 1992-1993);
- les effectifs des services de soins ambulatoires et des services en milieu d'hébergement ont augmenté de 87 p. 100 (ils représentaient 47 p. 100 du personnel affecté à la prestation de services en 1999-2000 contre 29 p. 100 en 1992-1993);
- le personnel médical s'est accru de 27 p. 100 (il équivalait à 11 p. 100 du personnel clinique en 1999-2000);
- l'effectif paramédical (psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes et autres thérapeutes) a augmenté de 55 p. 100 (contre 21 p. 100 du total des effectifs en 1999-2000);
- le personnel infirmier s'est accru de 7 p. 100 (il constituait 65 p. 100 de l'ensemble du personnel clinique en 1999-2000).

En même temps, tous les ressorts ont signalé des pénuries de personnel qui sont particulièrement graves dans le secteur des soins infirmiers, ce qui influe tant sur la quantité que sur la qualité des soins de santé. Des rapports indiquent que les taux de conservation des effectifs diminuent actuellement dans toutes les disciplines de la santé mentale et que le nombre de nouveaux diplômés n'est peut-être pas suffisant pour faire face au fardeau qu'impose la maladie mentale.

Par ailleurs, il existe encore entre les États et les territoires des iniquités sur le plan du nombre de professionnels de la santé mentale dans le secteur public. Ce sont surtout les États et les territoires qui ont de vastes régions rurales qui éprouvent de la difficulté à recruter suffisamment de personnel qualifié. Comme il existe peu de normes pour aider les États et les territoires australiens à prévoir leurs besoins de main-d'œuvre, il reste bien des défis à relever. Par exemple :

- L'effectif infirmier semble trop insuffisant pour doter ne serait-ce que les postes actuels. L'avenir est encore plus décourageant, puisque ce personnel vieillit, qu'il n'y a pas suffisamment de recrues pour le remplacer et que la stratégie actuelle des États et des territoires australiens semble consister à débaucher les employés des bassins limités d'autres secteurs de compétence.
- Les psychiatres sont mal répartis et ils sont, en grande partie, établis dans les régions métropolitaines (86,1 p. 100 d'entre eux exerçant dans les capitales, 5,4 p. 100, dans les grandes régions urbaines, 4,9 p. 100, dans les grands centres urbains et 3,5 p. 100, dans les régions rurales et éloignées).
- D'après les normes internationales, les psychologues sont relativement peu nombreux à l'intérieur des services de santé mentale des États et des territoires australiens et ils sont beaucoup trop souvent utilisés comme gestionnaires de cas génériques. Leur utilisation comme gestionnaires de cas dilue souvent inutilement leurs compétences et leurs connaissances spécialisées à un moment où de plus en plus d'éléments prouvent l'efficacité des interventions sur le plan des comportements

cognitifs pour traiter les troubles dépressifs reliés à l'anxiété et les troubles psychotiques.

M. Casey a précisé au Comité que le gouvernement australien a adopté des mesures destinées à faciliter la prestation de soins aux personnes souffrant de maladie mentale par les médecins primaires. Il nous a notamment décrit un programme adopté par le gouvernement fédéral il y a trois ans dont l'objet est de récompenser financièrement les omnipraticiens qui consacrent davantage de temps aux personnes ayant des problèmes de santé mentale. Ce programme, nous a-t-il déclaré :

> *[...] donne la possibilité [aux omnipraticiens] de faire intervenir des psychologues comme membres essentiels de l'équipe de traitement de la maladie mentale et cela améliore leur formation et leurs connaissances et leur assure des services de consultation d'urgence de manière qu'ils ne se sentent pas seuls pour régler le problème lorsqu'ils acceptent de s'occuper des problèmes de santé mentale de leurs patients. On nous a dit que si vous êtes omnipraticien et que quelqu'un se présente à votre cabinet et que vous pensez que cette personne a un problème de santé mentale, vous restez silencieux, parce que si vous ouvrez le dialogue, vous serez encore là vingt ou trente minutes plus tard et, évidemment, le paiement à l'acte est le mode de traitement en vigueur. Nous les avons encouragés en leur disant que si cela prend vingt minutes, nous allons les payer davantage pour avoir consacré ce temps aux malades. À l'heure actuelle, environ 15 p. 100 de notre main-d'oeuvre d'omnipraticien s'est inscrite à ce programme. Nous disposons donc de 3 500 omnipraticiens qui participent à ce programme et qui se reconnaissent comme des gens qui peuvent offrir un peu plus de soins en santé mentale et des soins un peu meilleurs. Il s'agit d'un nouveau programme.*

1.3.3 Les services de santé mentale du secteur privé

La priorité du deuxième plan national australien en matière de santé mentale était le renforcement des rôles complémentaires en santé mentale entre les services du secteur public et ceux du secteur privé. Ce dernier offre une gamme de services de soins de santé mentale, y compris des services fournis par des psychiatres de pratique privée qui sont financés grâce au Medicare Benefits Schedule du gouvernement du Commonwealth et des services de soins hospitaliers et de santé communautaire assurés par des hôpitaux privés, pour lesquels des fonds privés d'assurance-santé versent des prestations.

Les services du secteur privé incluent également des services limités fournis par les hôpitaux généraux et des services assurés par les omnipraticiens et d'autres professionnels de la santé. Les hôpitaux psychiatriques privés dispensent principalement des soins aux malades hospitalisés, ce qui est conforme à l'historique des services de soins de santé en Australie et à la principale façon dont les fonds d'assurance-santé versent des prestations pour la fourniture de soins de santé mentale.

Le secteur privé joue donc un rôle clé dans la prestation de l'ensemble des services. En 1999-2000, ce secteur :

- fournissait 21 p. 100 du total des lits réservés aux soins psychiatriques (par rapport à 14 p. 100 en 1992-1993, en raison d'une augmentation du nombre de lits offerts dans ce secteur combinée à la réduction du nombre de lits offerts dans le secteur public);
- employait, d'après les estimations, 12 p. 100 de tous les professionnels australiens de la santé mentale;
- traitait, toujours d'après les estimations, entre 50 et 60 p. 100 de tous les gens vus par les spécialistes du secteur de la santé mentale.

Voici, à ce sujet, ce que M. Casey a expliqué au Comité :

> *Notre secteur privé est très compliqué, mais il traite une assez grande proportion de la population, et le secteur privé dans son ensemble, psychiatres, médecins de famille et hôpitaux privés, est devenu partie intégrante de la stratégie nationale en matière de santé mentale. Ce n'est pas seulement une stratégie du secteur public. Nous avons obtenu l'adhésion du secteur privé. En un sens, quiconque veut s'occuper de santé mentale dans notre pays doit adhérer au club et être perçu comme partie intégrante de la stratégie, faute de quoi il se retrouve sur la touche quant aux grandes décisions politiques prises à l'échelle nationale.*

On a enregistré d'énormes augmentations dans le secteur des hôpitaux psychiatriques privés depuis l'entrée en vigueur de la SNSM. Le nombre de fournisseurs de soins de santé mentale en milieu hospitalier s'est accru de 36 p. 100 et le nombre de lits pour malades hospitalisés de 28 p. 100 en tout, tandis que les recettes ont progressé de 48 p. 100 entre 1992-1993 et 1999-2000 dans ce secteur. Parallèlement à ces changements, le secteur a transformé son modèle général de prestation de soins en un modèle qui consiste à fournir à ses clients une proportion beaucoup plus élevée de services suivant la formule des soins dispensés le jour de l'admission. De 1992-1993 à 1999-2000, le nombre d'admissions d'une journée a grimpé de 39 à 69 p. 100 de toutes les admissions. On estime qu'en 1999-2000 dans le secteur privé, les recettes des services psychiatriques ont atteint 168,2 millions de dollars, soit une augmentation à prix constant de 48 p. 100 depuis 1992-1993.

Même si 1,47 p. 100 des Australiens voit un psychiatre de pratique privée au moins une fois par an, l'accès à ce genre de service est inégal en raison de la concentration des fournisseurs de soins psychiatriques dans les capitales (Melbourne, Adelaïde et Sydney, en particulier). La répartition des services a peu changé depuis l'entrée en vigueur de la SNSM.

1.3.4 La prestation des services de santé mentale aux aborigènes

M^me^ Jenny Hefford, secrétaire adjointe, Direction de la stratégie contre la drogue au ministère de la Santé et de la vieillesse, a indiqué au Comité que les aborigènes présentent un tableau de santé moins reluisant que celui des Australiens non aborigènes et que leur espérance de vie est de quelque 20 ans inférieure à ces derniers. Elle devait ajouter :

Les aborigènes ont des taux beaucoup plus élevés chez nous pour toutes les toxicomanies. Le taux de tabagisme, par exemple, est beaucoup plus élevé parmi les aborigènes que parmi les autres Australiens. Les problèmes de toxicomanie, surtout l'alcoolisme et l'inhalation d'essence, atteignent des proportions extrêmes dans certaines communautés aborigènes.

Plusieurs rapports soulignent que la prestation de services de santé mentale destinés aux aborigènes n'est actuellement pas assez adaptée aux spécificités culturelles de ces communautés. Voici certaines des raisons avancées pour expliquer ce manque de pertinence culturelle :

- connaissance et compréhension insuffisantes chez les professionnels de la santé, des points de vue et de la culture des aborigènes;
- connaissance insuffisante des différentes façons dont les gens conceptualisent et définissent la maladie et la santé;
- compréhension limitée de la nature et de l'ampleur des besoins en santé mentale au sein des communautés aborigènes;
- trop petit nombre de consultations menées par les gouvernements et par les professionnels de la santé auprès des aborigènes australiens;
- manque d'éducation et de formation.

M. Casey, quant à lui, a précisé au Comité que les attitudes évoluent et qu'on admet de plus en plus que « les aborigènes ont beaucoup à nous offrir pour ce qui est de comprendre la relation entre la façon dont on fait l'expérience du monde qui nous entoure sous l'angle psychologique et social, et les répercussions que tout cela peut avoir dans la manière de vivre physiquement sa vie en éprouvant un sentiment de mieux-être ».

1.4 TOXICOMANIE ET ABUS DE SUBSTANCES

M^me^ Hefford a indiqué au Comité que « les dossiers des toxicomanies sont traités à même le volet santé publique », qu'ils sont considérés comme une question relevant de la santé publique plutôt qu'en tant que problème exclusif de santé mentale. Elle a précisé que l'approche australienne reposait sur trois piliers : 1) la réduction de l'offre, c'est-à-dire la surveillance des frontières et la fermeture des laboratoires clandestins afin de retirer le produit de la rue; 2) la réduction de la demande par le recours à des campagnes gouvernementales et à une éducation des jeunes dans les écoles axée sur la drogue; 3) la réduction des préjudices, qui concerne les services de traitement et les programmes d'orientation pour les jeunes, afin de leur éviter d'avoir des démêlés avec la justice.

Elle devait ajouter que le secteur des soins de courte durée, en particulier du côté des hôpitaux, ne joue qu'un rôle très limité. Il administre des programmes de désintoxication et s'occupe des décès causés par les surdoses, quand les choses vont au plus mal. Le secteur des soins primaires, quant à lui, cible essentiellement la dépendance envers les opiacés. Les

médecins de pratique générale prescrivent de la méthadone et les pharmaciens administrent des programmes de distribution de ce produit, programmes dont 30 000 Australiens bénéficient actuellement.

M^me^ Hefford devait ajouter que « jusqu'à 60 ou 70 p. 100 de la clientèle des services de traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme ont un trouble mental sous-jacent ou non diagnostiqué ». Elle a conclu son propos en affirmant que, même si certains d'entre eux passent encore au travers des mailles du filet, les choses se sont améliorées ces dernières années. Elle a insisté sur la démarche davantage coopérative qui prévaut entre les secteurs et entre les divers ordres de gouvernement.

> *Nous avons maintenant une stratégie dans laquelle le gouvernement fédéral a injecté un milliard de dollars au cours des cinq ou six dernières années. Elle englobe la santé, le maintien de l'ordre, l'éducation et les douanes au niveau fédéral, au niveau des États et au niveau local. Nous croyons mieux travailler en réalité à régler les problèmes grâce à cette approche transsectorielle et transdisciplinaire. Cela signifie, par exemple, que nous avons réussi à lancer des programmes de déjudiciarisation hâtive pour les jeunes qui se font prendre par les policiers en possession de cannabis ou de petites quantités d'autres drogues et auxquels on offre la possibilité de ne pas avoir de verdict enregistré contre eux à condition de se soumettre à une évaluation et à un traitement. Certaines de ces mesures ont connu beaucoup de succès. Ainsi, entre 30 000 et 40 000 jeunes ont été écartés du système judiciaire et ont reçu des traitements grâce à ce processus.*

1.5 PROMOTION ET PRÉVENTION

À la faveur de la SNSM et parallèlement à cette dernière, les Australiens ont administré toute une diversité de projets de promotion de la santé et de prévention de la maladie.

M. Casey a expliqué au Comité que le fait, pour l'Australie, d'avoir « commencé à tenir compte de la population globale en matière de santé mentale » a donné lieu à de vastes campagnes d'information dans le domaine. Dans le milieu des années 90, des campagnes de publicité ont été entreprises à la télévision, au cinéma et dans les journaux avec, pour seul objectif, de sensibiliser la population aux problèmes de santé mentale. Ces actions ont été suivies par des initiatives plus ciblées, notamment par un programme de promotion de la santé mentale au secondaire, ce qui a donné de bons résultats puisque près de 70 p. 100 des écoles l'offrent.

Par ailleurs, une société privée sans but lucratif, financée par le gouvernement, a été créée en octobre 2000 avec pour objectif de mieux faire connaître la dépression. Ce projet, baptisé « *beyondblue* » (plus que du cafard), est administré en partenariat avec les services de santé, les écoles, le milieu de travail, les universités, les médias et les organismes communautaires, et en collaboration avec les personnes souffrant de dépression afin de pouvoir bénéficier de leur

expérience en la matière. Dans le rapport annuel de 2002-2003, le président de *beyondblue*, l'honorable Jeff Kennett, écrit :

> *En 2000, au début du projet, rares étaient ceux qui étaient prêts à prendre publiquement la parole au sujet de la dépression et de leur expérience. Le traitement dans les médias était souvent négatif, les obstacles sur les plans de l'assurance et de l'emploi étaient considérables et il n'existait, à l'échelon national, aucun porte-parole ni aucun service de défense pour ceux et celles atteints de cette maladie. Les médecins généralistes de l'Australie n'étaient pas directement récompensés quand ils offraient de meilleurs services et rien n'était prévu pour favoriser l'accès à des traitements non pharmaceutiques. Si, en 2003, bien des défis demeurent, de grands progrès ont été réalisés sur tous ces plans.*

La National Media Strategy (stratégie nationale d'intervention auprès des médias) est un autre projet dans le cadre duquel le gouvernement a collaboré directement avec les médias afin de promouvoir un discours moins négatif sur la santé mentale et la prévention du suicide. Dans le cadre de cette stratégie, appliquée dans les écoles de journalisme et les universités, on enseigne aux futurs journalistes comment ils devraient traiter de ces questions quand ils en rendent compte à la collectivité en sorte de ne pas stigmatiser ceux et celles qui sont atteints de maladies mentales.

M. Casey a indiqué que ces diverses initiatives ont permis d'améliorer « la sensibilisation de la population australienne à l'égard de la maladie mentale d'environ 10 p. 100 depuis 1996 », et il devait ajouter :

> *[...] nos données sur les prises de contact avec les hôpitaux et sur des prises de contact avec les services de santé révèlent que la proportion de la population qui cherche à obtenir des soins est plus grande qu'au moment où nous avons réalisé notre étude épidémiologique. Nous pourrions en conclure qu'au moins les gens sont maintenant plus prêts à chercher un traitement — et, évidemment, il y a de nombreux traitements efficaces.*

1.5.1 La prévention du suicide

L'Australie dispose d'un cadre d'action en matière de prévention du suicide et de l'automutilation baptisé *Living Is For Everyone* (LIFE) (La vie pour tous). Ce cadre traite du suicide dans toutes les tranches d'âge, mais il concerne particulièrement les adolescents et les jeunes adultes chez qui on peut le plus déplorer le caractère prématuré du décès et la perte de potentiel.

Le cadre LIFE obéit à quatre grands objectifs :

- Réduire les décès dus au suicide dans toutes les tranches d'âge de la population australienne et réduire les pensées suicidaires, les comportements suicidaires ainsi que les blessures et l'automutilation qui en découlent.

- Améliorer le ressort psychologique et la capacité d'initiative, le respect, le sens de l'interdépendance et la santé mentale chez les adolescents, leurs familles et la société en général, et réduire la prévalence des facteurs de risque du suicide.
- Accroître les moyens de soutien mis à la disposition des particuliers, des familles et des collectivités touchés par le suicide ou les comportements suicidaires.
- Mettre en œuvre un ensemble d'approches communautaires en matière de prévention du suicide et faire en sorte qu'une plus grande partie de la population comprenne le suicide et ses causes.

1.6 PERSPECTIVES DE RÉFORME

Comme nous l'avons souligné précédemment, l'Australie a adopté un nouveau plan national en matière de santé mentale, pour la période 2003 à 2008, qui s'appuie sur les réalisations découlant des deux plans nationaux précédents en la matière. On reconnaît dans ce nouveau plan la complexité du processus de réforme et on y souligne que l'on a été témoin au cours des dix premières années de réformes d'un impressionnant début sur le plan de l'élaboration des politiques, mais qu'il y a encore beaucoup de choses à réaliser au niveau de leur application. Cette conclusion fait écho aux préoccupations de groupes de pression qui craignaient que la SNSM ne soit « en perte de vitesse et chancelante ».[6]

Le plan national en matière de santé mentale 2003-2008 a pour but de consolider les réalisations des premier et deuxième plans nationaux en la matière, de s'attaquer aux lacunes recensées dans ces deux documents et de faire progresser l'application de la SNSM au moyen d'orientations reformulées ou nouvelles. Dans ce plan, on adopte explicitement un cadre de promotion de la santé de la population qui part du principe que la santé et la maladie découlent de l'interaction complexe de facteurs biologiques, économiques, environnementaux, psychologiques et sociaux, et ce, à tous les niveaux : personnel, familial, communautaire, national et mondial.

Le plan en question énumère un certain nombre de principes clés qui étayent le processus de réforme, y compris les suivants :

- tous ceux et toutes celles qui ont besoin de soins de santé mentale devraient avoir accès dans des délais raisonnables à des services efficaces de santé mentale, indépendamment de l'endroit où ils vivent;
- les droits des usagers de soins de santé mentale, de leurs familles et de leurs soignants doivent façonner le processus de réforme;
- le rétablissement devrait orienter la prestation des services de santé mentale;
- il faut absolument investir dans le personnel affecté aux services de santé mentale;
- les réformes en matière de santé mentale doivent se produire parallèlement à d'autres progrès à l'intérieur du secteur élargi de la santé;

---

[6] SANE Mental Health Report, 2002-2003, p. 2.

- les réformes en matière de santé mentale exigent une approche pangouvernementale.

Quatre thèmes prioritaires guident le nouveau plan national en matière de santé mentale. On y définit les résultats attendus et les orientations clés pour y arriver, même si l'on n'y cherche pas à préciser des projets à financer dans le cadre du nouveau programme de réformes. Ces thèmes sont les suivants :

- promouvoir la santé mentale et prévenir les problèmes de santé mentale et la maladie mentale;
- accroître la souplesse des services de santé mentale;
- renforcer la qualité des services de santé mentale;
- favoriser la recherche, l'innovation et la viabilité dans le domaine des services de santé mentale.

Voici quelques-uns des résultats que le plan susmentionné vise à atteindre :

- accroissement du degré d'intégration de la promotion de la santé mentale aux politiques et aux plans en matière de santé mentale en ce qui concerne le Commonwealth, les États, les territoires et les administrations locales;
- accroissement du degré d'adoption, par les services de santé mentale, du rétablissement comme orientation;
- entente à l'échelle nationale au sujet des niveaux élevés et de la combinaison des services nécessaires pour harmoniser maintenant et ultérieurement l'offre et la demande de soins de santé mentale;
- accroissement de l'accès aux soins actifs, aux services d'intervention précoce et à une gamme de solutions de rechange en matière de soins de santé communautaire;
- amélioration des voies d'accès aux soins pour toute la gamme des soins offerts;
- réduction des lacunes des réseaux de services et meilleure intégration entre les services publics et les services privés de santé mentale;
- accroissement de la coordination entre le secteur de la santé mentale et les autres secteurs de la santé;
- augmentation, à tous les niveaux, du degré de participation utile des usagers de soins de santé mentale, de leurs familles et de leurs soignants à l'élaboration des politiques ainsi qu'à la planification, la prestation et l'évaluation des services de santé mentale; l'amélioration de la qualité de ces services devra être palpable;
- processus de surveillance du rendement des services de santé mentale sur le plan du bien-être émotif et social, grâce à la collecte et à l'échange d'informations et de données;

- accroissement de l'offre de professionnels de la santé mentale et amélioration de leur répartition.

1.7 OBSERVATIONS DU COMITÉ

Les membres du Comité ont eu la très nette impression que le Canada avait beaucoup à apprendre de l'Australie dans le domaine de la santé et de la maladie mentale. Ils ont surtout retenu le fait que l'engagement constant des gouvernements du Commonwealth et des États en matière de planification et de suivi des progrès (grâce à des rapports réguliers0, a fixé un modèle international que le Canada est encore loin d'atteindre. De plus, les membres du Comité ont été impressionnés par l'adoption explicite d'un cadre de santé en matière de planification globale.

L'Australie, qui est un État fédéral, nous a aussi prouvé à quel point il est important de resserrer la collaboration entre les divers ordres de gouvernement, puisque tout le monde peut en tirer d'intéressants avantages. De plus, le Comité prend acte de l'importance que les autorités australiennes accordent à la nécessité d'adapter les objectifs nationaux aux réalités régionales et locales et de veiller à ce que la réalisation d'objectifs convenus tienne compte de la situation des différentes collectivités.

Qui plus est, le Comité a été impressionné par les efforts déployés par l'Australie pour faire participer les usagers et le personnel soignant à la formulation de la politique en santé mentale. Le Comité profite de l'occasion pour souligner deux aspects qui concernent le financement. Tout d'abord, les membres ont été frappés de constater à quel point le gouvernement du Commonwealth a abouti dans ses tentatives visant à canaliser le financement de la santé mentale, alors même qu'il a augmenté sa part de financement de la santé mentale et que les services étaient de plus en plus offerts au niveau de la communauté. Selon les témoins, il n'est plus nécessaire, dans ce pays, de prouver le caractère essentiel d'un financement suffisant pour les services de santé mentale et, comme tous les ordres de gouvernement se sont effectivement engagés à ce titre, les ententes officielles qui avaient été conclues à l'origine pour garantir le financement des soins de santé mentale ne sont désormais plus utiles.

Deuxièmement, le Comité se réjouit de constater les succès remportés par le programme qui a récemment été adopté pour améliorer la participation des omnipraticiens au traitement des personnes souffrant de problèmes de santé mentale. L'amélioration de la formation et, surtout, le versement d'une indemnité financière en rapport avec le temps véritablement passé auprès de patients présentant des symptômes de troubles mentaux, de même que l'assouplissement des modalités de renvoi des patients aux spécialistes de la santé mentale nous sont apparues comme des mesures susceptibles de favoriser une véritable intégration de la santé mentale au niveau des soins primaires.

Enfin, le Comité a pris acte des nombreuses approches novatrices adoptées par l'Australie pour sensibiliser le public sur les questions de santé mentale, surtout à la faveur de la campagne *beyondblue* axée sur la dépression. Les membres du Comité pensent qu'il conviendrait d'étudier de plus près certaines de ces approches pour déterminer dans quelle mesure il serait possible de les adapter au contexte canadien.

CHAPITRE 2:
LES SOINS DE SANTÉ MENTALE EN NOUVELLE-ZÉLANDE[7]

2.1 HISTORIQUE ET APERÇU

La Nouvelle-Zélande est un petit pays constitué de deux îles. Elle est située dans le sud de l'océan Pacifique et compte 4 millions d'habitants (en 2004). Elle a d'abord été peuplée par les Maoris, dont les ancêtres étaient originaires de Polynésie orientale, au moins 800 ans avant les premiers colons européens. Aujourd'hui, les principaux groupes ethniques sont les Européens d'origine, pour la plupart du Royaume-Uni et de l'Irlande (75 p. 100), les Maoris (15 p. 100), les Polynésiens (6 p. 100) et les Asiatiques (4 p. 100).

Le pays est devenu une colonie de la Grande-Bretagne suite au traité de Waitangi signé en 1840 par la Grande-Bretagne et la majorité des tribus maories. Ce traité, qui est l'un des documents constitutionnels fondateurs de la Nouvelle-Zélande, prend acte d'un partenariat avec les Maoris, puisqu'il reconnaît leur besoin d'autodétermination, énonce les responsabilités des gouvernements et protége les droits des Maoris. La résurgence de l'identité maorie au cours des 20 dernières années a fait de ce traité un pivot du dispositif d'élaboration des politiques.

La Nouvelle-Zélande est une démocratie parlementaire et un État indépendant au sein du Commonwealth britannique. Le Parlement ne compte qu'une chambre, la Chambre des représentants, et le pouvoir exécutif est exercé par un cabinet dirigé par un premier ministre.

Le système de santé néo-zélandais est principalement financé par les recettes fiscales, suppléées par les déboursements des usagers et l'assurance-maladie privée. En 1999-2000, l'État a contribué pour 75 p. 100 au budget de la santé, les usagers pour 15,7 p. 100 et les assureurs privés pour 6,3 p. 100 (bien que les assureurs privés n'offrent quasiment aucune protection pour les maladies mentales). La part publique du budget de la santé diminue

---

7 À moins d'indication contraire, les renseignements contenus dans le présent chapitre proviennent des sources suivantes : Wilson, Janice, « Mental Health Services in New Zealand, » *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 23, nº 3-4, 2000; French, Sian, Andrew Old et Judith Healy *HiT Summary: New Zealand*, Observatoire européen des sytèmes de soins de santé, 2002; Conference Board du Canada, « La Nouvelle-Zélande », in *Challenging Health Care System Sustainability: Understanding Health System Performance of Leading Countries*, juin 2004; Powell, Gayla, « New Zealand's National Mental Health Strategy: Report on Progress 2000-2001, » août 2002; ministère de la Santé, Nouvelle-Zélande, *Looking Forward: Strategic Directions for Mental Health Services*, juin 1994; ministère de la Santé, *New Zealand, Moving Forward: The National Mental health Plan for More and Better Services*, juillet 1997; Service de l'information de la Nouvelle-Zélande, *Mental Health Data, 1994*, ministère de la Santé, Nouvelle-Zélande, 1998; Commission de la santé mentale, *Blueprint for Mental Health Services in New Zealand: How Things Need to Be*, décembre 1998; ministère de la Santé, Nouvelle-Zélande, *National Plan 2001-2003 – Project to Counter Stigma and Discrimination Associated with Mental Illness*, juin 2001; Commission de la santé mentale, *Briefing to the Incoming Minister of Health*, août 2002; ministère de la Santé, Nouvelle-Zélande, *Building on Strengths: A New Approach to Promoting Mental Health in New Zealand/Aotearoa*, décembre, 2002; Commission sur la santé mentale, *Report on Progress 2001-2002: Towards Implementing the Blueprint for Mental Health Services in New Zealand*, avril 2003; ministère de la Santé, Nouvelle-Zélande, *Like Minds, Like Mine – National Plan 2003-2005*, septembre 2003.

depuis une vingtaine d'années, puisqu'elle est passée de 88 p. 100 en 1979-1980 à environ 77 p. 100 en 1994-1995, bien qu'elle soit en légère hausse depuis 2000 (78 p. 100).

Les patients bénéficient gratuitement de soins ambulatoires et hospitaliers, mais ils doivent payer tout ou une partie des soins primaires et payer leur quote-part des médicaments (les patients à faible revenu et ceux souffrant de maladies chroniques ayant droit à une carte dite de concession). Grâce à de nouveaux investissements et à la réforme du système de santé primaire entreprise en 2004, les particuliers ont de moins en moins à payer de leur poche.

Le gouvernement conserve la responsabilité générale du système de santé, mais la prestation des soins est partagée entre les secteurs public, bénévole et à but lucratif. Les omnipraticiens et les spécialistes indépendants assurent le gros des soins ambulatoires et les hôpitaux publics le gros des soins secondaires et tertiaires tandis, les hôpitaux privés se spécialisant surtout dans les chirurgies électives et les soins de longue durée.

Dans les années 90, les gouvernements néo-zélandais ont, plus que dans la plupart des pays, introduit des pratiques de marché dans le secteur de la santé, y compris les concepts de concurrence et de séparation entre acheteur et fournisseur.[8] Cependant, à la fin de la décennie, le gouvernement travailliste-allianciste décidait que le « marché interne » n'avait pas amélioré sensiblement l'efficacité et l'efficience des services. En 2000, il a redonné à des conseils de district la responsabilité financière et la tâche de fournir en partie les soins de santé. Il a ainsi créé 21 District Health Boards (ou DHB, pour Conseils de santé de district) desservant des populations géographiquement définies, qui fournissent les soins eux-mêmes ou financent d'autres pour le faire. Ces autorités autonomes reçoivent leurs ressources dans le cadre d'un régime de financement triennal établi d'après les contrats de fourniture passés et sont responsables, auprès du ministre de la Santé, de leur orientation stratégique, de la nomination de leur directeur, de la santé de leur population et de leur propre rendement. Chaque district compte au moins un grand hôpital public.

On considère que les services de santé néo-zélandais répondent généralement à la demande et qu'ils sont de bonne qualité. En 2004, la majorité des DHB respectent leurs objectifs, mais les gens ont tout de même l'impression que les hôpitaux sont sous-financés, d'où les longues liste d'attente pour les chirurgies électives. En 2001, la Nouvelle-Zélande a entamé la restructuration de son système de soins primaires en mettant sur pied des organismes de soins primaires à but non lucratif financés, du moins en partie, par capitation, c'est-à-dire en fonction du nombre de patients inscrits auprès de chaque organisme. Le but visé est de réduire l'importance de la quote-part que doivent verser les patients. Jusqu'ici, seuls quelques groupes particuliers bénéficient d'un financement complet, autrement dit d'une « couverture universelle », des services de soins primaires parce qu'ils ont de faibles revenus ou souffrent d'une maladie chronique. La D[re] Janice Wilson, directrice générale adjointe, Direction générale de la santé mentale au ministère de la Santé, a précisé au comité que l'objectif de la nouvelle stratégie en matière de soins primaires consistait à « étendre progressivement les paiements universels, d'ici cinq à dix ans, à près de 80 p. 100 de la population ».

---

[8] Cette expression rappelle le fait que, dans les années 90, plusieurs pays où les mêmes institutions étaient chargées à la fois d'assurer le financement et d'offrir les services de soins de santé ont opté pour une séparation de ces fonctions afin d'accroître l'efficacité des services et de stimuler la concurrence.

2.1.1 La stratégie de santé mentale

La Stratégie nationale de santé mentale a été introduite par le gouvernement en juin 1994 par la publication de *Looking Forward: Strategic Directions for the Mental Health Service*. Elle a été développée dans un deuxième document publié en juillet 1997, le Plan national de santé mentale, *Moving Forward: The National Mental Health Plan for More and Better Services*. Dans l'ensemble, elle poursuit deux grands objectifs :

1. Réduire la prévalence de la maladie mentale et des problèmes de santé mentale dans la population;
2. Relever le statut sanitaire des troubles mentaux et réduire leur impact sur les usagers et leurs familles, sur les soignants et sur le grand public.

La Dre Wilson nous a indiqué que « le principal objet de la politique, à ce moment, était de rationaliser ce qu'on appelle la désinstitutionnalisation ». Elle a ajouté que cette politique répond aussi en partie aux pratiques exemplaires adoptées à l'échelle internationale, pratiques qui soulignent la nécessité d'« adopter une approche gouvernementale plus globale en faisant le lien avec d'autres secteurs, comme le logement, l'emploi, la main-d'œuvre, et cetera » afin de rapprocher les services de la collectivité et de les intégrer dans les autres services de santé.

En 1996, une commission de la santé mentale a été chargée de mettre en œuvre la stratégie nationale de santé mentale. Composée de trois commissaires, elle exerce les fonctions suivantes :

- Mesurer l'efficacité du ministère de la Santé et des 21 conseils de santé de district à mettre en œuvre la stratégie nationale de santé mentale et faire rapport de ses constatations au gouvernement;
- Travailler en collaboration avec le secteur pour mieux faire connaître la santé mentale au public et pour réduire la discrimination et les préjugés à l'endroit des personnes atteintes de troubles mentaux;
- Travailler à renforcer le personnel de la santé mentale.

La Commission a publié le *Blueprint for Mental Health Services in New Zealand* en 1998. Il s'agit d'un plan de mise en œuvre de la stratégie qui a été accepté comme politique gouvernementale. Il est question de donner aux conseils de santé et aux soignants un aperçu clair des mesures qu'ils peuvent prendre pour améliorer la qualité et faire comprendre aux usagers et à leurs familles ce qu'ils sont en droit d'attendre d'un système qui fonctionne bien.

La stratégie nationale comporte sept orientations stratégiques dont voici un bref résumé :

> *Orientation stratégique 1 : Mettre en œuvre en milieu communautaire des services de santé mentale complets.* Il s'agit d'offrir des services de promotion de la santé et de prévention des maladies mentales, d'évaluation et d'intervention précoces, de traitement, de rééducation et de soins continus.

Orientation stratégique 2 : Encourager la participation des Maoris à la planification, à la formulation et à la fourniture des services de santé mentale. Il s'agit d'améliorer la santé mentale des Maoris pour qu'elle soit aussi bonne que celle de l'ensemble de la population néo-zélandaise. La prévalence des troubles mentaux est sensiblement plus élevée chez les Maoris que dans le reste de la population.

Orientation stratégique 3 : Améliorer la qualité des soins. Il est question de combler certaines des lacunes évidentes héritées du passé. On espère que les objectifs nationaux seront atteints grâce à des normes de service, à des programmes d'assurance de la qualité et à des indicateurs d'efficience et d'efficacité.

Orientation stratégique 4 : Concilier les droits individuels avec la protection du public. Il s'agit d'assurer un meilleur équilibre entre le droit des usagers de soins de santé mentale à vivre dans la collectivité et le droit du public à la protection.

Orientation stratégique 5 : Élaborer une politique nationale de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie. Il s'agit de mieux intégrer les services d'aide aux alcooliques et aux toxicomanes, de mieux exploiter la palette des soins en établissement et des soins ambulatoires et de fournir des soins plus systématiques aux alcooliques ou toxicomanes atteints d'un trouble mental.

Orientation stratégique 6 : Développer l'infrastructure des services de santé mentale. Cette orientation stratégique a été ajoutée en 1997. Il s'agit de l'« infrastructure » nécessaire pour assurer des services plus nombreux et meilleurs – d'éléments comme le perfectionnement de la main-d'œuvre, la collecte et l'analyse de données et la coordination entre les services. Ces éléments relevaient auparavant de l'*Orientation stratégique 3*, mais ils ont été jugés assez importants et complexes pour faire l'objet de leur propre orientation stratégique.

Orientation stratégique 7 : Renforcer la promotion et la prévention. Cette orientation stratégique a également été ajoutée en 1997 afin de mettre davantage l'accent sur la réduction nécessaire de la prévalence de la maladie mentale et des problèmes de santé mentale.

L'élaboration de la stratégie de santé mentale en Nouvelle-Zélande a été basée sur des données épidémiologiques selon lesquelles un adulte sur cinq souffre d'un problème de santé mentale diagnosticable. On estime qu'environ 3 p. 100 des adultes – et environ 5 p. 100 des enfants et des adolescents de moins de 20 ans – sont atteints d'un trouble mental grave. Par ailleurs, 5 p. 100 des adultes souffrent d'un trouble modéré à grave et 12 p. 100 d'un trouble ou d'un problème léger à modéré.

La stratégie nationale vise à ce que les services soient offerts en qualité et en nombre voulus pour répondre aux besoins de 3 p. 100 des adultes et de 5 p. 100 des enfants et des adolescents souffrant d'un trouble mental grave. Les lignes directrices relatives aux ressources, contenues dans le *Blueprint*, fournissent une estimation du nombre de lits et d'agents en milieu communautaire dont il faut disposer par 100 000 habitants dans l'hypothèse où 3 p. 100 de la population a besoin de ces services. Ces lignes directrices ont été élaborées surtout pour calculer les budgets et les besoins d'expansion des services à l'échelle nationale, mais elles sont aussi utilisées au niveau régional.

Le modèle de fourniture des services employé dans le *Blueprint* met l'accent sur les soins en milieu communautaire, mais prévoit aussi des soins actifs en établissement ainsi que des services de rééducation et des soins de longue durée en établissement. Les lignes directrices tiennent également compte du développement des services fournis par les usagers. Le tableau suivant résume les objectifs fixés par le *Blueprint* en 1998. Les objectifs nationaux sont ajustés en fonction de la croissance démographique.

OBJECTIFS CONCERNANT LES RESSOURCES, 1998

Ressources		Objectif national	Niveau national actuel
En hôpital	Lits ou « postes de soins »[9]	1 535	1 424
En établissement	Lits ou « postes de soins »	3 243	2 576
En milieu communautaire	ÉTP[10]	3 822	1 923
Soutien communautaire	ÉTP	1 284	388
Services et initiatives de conseil (usagers et familles)	ÉTP	246	63
Accès aux nouveaux anti-psychotiques	Personnes	8 500	3 547
Désintoxication	Lits ou « postes de soins »	113	96
Services aux alcooliques et toxicomanes en établissement	Lits ou « postes de soins »	378	376
Services aux alcooliques et toxicomanes en milieu communautaire	ÉTP	614	262
Traitement à la méthadone	Endroits	5 666	3 030
Prévention de la maladie mentale	ÉTP	378	0

[9] Selon le « Blueprint », si la mesure la plus répandue pour ces services est celle du nombre de lits, il est nécessaire d'offrir désormais un « assortiment de soins » (p. 41 du plan néo-zélandais qui ne définit cependant pas ce à quoi doit ressembler chaque service).

[10] Poste « équivalent temps plein ».

2.2 COÛTS ET FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Le D' David Chaplow, directeur et conseiller principal en santé mentale, gouvernement de la Nouvelle-Zélande, a indiqué au Comité que le fait de disposer d'un « plan assorti de données sur les coûts de réalisation, avec une analyse de l'écart entre ce qui existait et ce dont nous avions besoin, a été un outil de promotion très puissant » dans les négociations avec le Trésor en vue d'obtenir un financement supplémentaire pour la santé mentale. Depuis l'adoption de la stratégie de santé mentale, le budget de la santé mentale a augmenté. Entre 1993-1994 et 2001-2002, le financement public des services de santé mentale en Nouvelle-Zélande est passé de 270 à 725 millions de dollars par an, soit une hausse d'environ 127 p. 100 compte tenu de l'inflation. La D[re] Wilson a précisé : « le gouvernement actuel s'est engagé à maintenir le financement à ce niveau au moins jusqu'en 2007 parce que nous n'avons pas encore terminé tous les éléments de notre programme de réforme ».

La Commission de la santé mentale note cependant que, dans l'ensemble, le point de départ des récentes augmentations budgétaires était trop faible. À son avis, les niveaux de services de santé mentale ne sont toujours pas à un niveau acceptable et il y a encore place à l'amélioration pour atteindre les objectifs du *Blueprint*. Selon la D[re] Wilson,

> *La Commission a fixé des objectifs et nous avons atteint un taux de couverture d'environ 75 p. 100. Le pourcentage est proche de 60 p. 100 dans certaines régions du pays, tandis qu'il est de presque 100 p. 100 dans d'autres. Nous avons des écarts régionaux qui dépendent de la croissance démographique et d'autres facteurs.*

Le tableau suivant présente les estimations que la Commission a utilisées dans le document d'information qu'elle a adressé au nouveau ministre de la Santé.

POURCENTAGE DES OBJECTIFS DE FINANCEMENT DU *BLUEPRINT* EN 2002

Secteur de service	Niveau de financement approximatif en juillet 2002 par rapport aux lignes directrices du *Blueprint*
Services hospitaliers	89%
Services communautaires en clinique	69%
Services communautaires hors clinique	44–59%
Services communautaires aux alcooliques et aux toxicomanes	74%
Services de méthadone	65%
Services communautaires aux enfants et aux adolescents	63%

Dans le cadre de la tendance à la communautarisation des services, 69 p. 100 des crédits de santé mentale (à l'exclusion des médicaments et des services de santé publique) sont allés aux services dispensés en milieu communautaire en 2001-2002. Ce chiffre représente une hausse de 67 p. 100 par rapport à l'année précédente et inclut 57,4 p. 100 des crédits de prestation des conseils de santé de district (DHB) et la presque totalité des fonds des organisations non gouvernementales (ONG). Comme l'indique le tableau précédent, la proportion du budget de santé mentale affectée aux services fournis par des (ONG) est restée stable au cours des trois dernières années.

En dépit de l'augmentation des budgets, la Commission de la santé mentale continue d'exprimer des préoccupations quant au niveau global de financement et à l'engagement des DHB à dépenser effectivement les crédits affectés à la santé mentale. Elle déplore également que l'effet de l'augmentation des budgets sur les niveaux de service soit restreint par des pénuries de main-d'œuvre. En effet, même quand il y a des fonds, beaucoup de postes restent vacants.

La Commission a donc réitéré ses recommandations :

- Une filière de financement durable doit être établie pour assurer le développement des services de santé mentale en fonction des orientations de la stratégie nationale de santé mentale, de la mise en œuvre du *Blueprint* et de la capacité du secteur à se développer.
- Les crédits de santé mentale affectés aux 3 p. 100 de la population qui sont le plus sévèrement touchés par la maladie mentale doivent être protégés par une obligation de dépenser claire et strictement limitée.

2.3 PRESTATION ET ORGANISATION DES SERVICES

Le but premier du *Blueprint* est de faire en sorte que 3 p. 100 de la population aient accès aux services de santé mentale. Pour l'ensemble de la Nouvelle-Zélande, l'accès déclaré aux services de santé mentale concernait 1,7 p. 100 de la population en 2001-2002 contre 1,6 p. 100 l'année précédente. Cependant, comme les données n'ont pas été obtenues de toutes les ONG pendant cette période, il se peut que l'accès aux services soit sous-estimé.

En Nouvelle-Zélande comme ailleurs, la désinstitutionnalisation des malades psychiatriques se poursuit depuis un quart de siècle. Bien que la situation varie d'une région à l'autre, la plupart des services de santé mentale sont fournis en milieu communautaire, notamment par des équipes mobiles d'intervention d'urgence de 24 heures et par les hôpitaux généraux dotés de services de soins psychiatriques actifs. En 2000, tous les services de soins psychiatriques actifs (à une exception près) étaient intégrés aux hôpitaux généraux et la quasi-totalité des 10 établissements psychiatriques étaient complètement fermés, seuls quelques-uns ayant conservé des services de psychiatrie légale ou d'autres services spécialisés.

Voici ce que le D' Chaplow a tout de même déclaré au Comité

nous n'avons jamais diminué le nombre total de lits qu'il y avait dans les anciens asiles. Nous avons réparti ces places sous diverses formes: il y en a encore dans les hôpitaux et il y en a dans la collectivité.

Il existe quelques services de rééducation en milieu hospitalier et un éventail croissant de formules d'hébergement et de formation professionnelle assistés ainsi que des programmes de jour et des centres d'accueil, souvent administrés par les usagers. La plupart des adultes qui reçoivent des services de santé mentale sont encadrés par un gestionnaire de cas ou un travailleur de soutien en milieu communautaire.

Le dernier *Report on Progress* publié par la Commission de la santé mentale contient les statistiques suivantes pour 2001-2002 :

- Le nombre de personnes hospitalisées est faible comparativement à celui des personnes qui reçoivent des services de santé mentale. Dans les six premiers mois de 2002, 0,14 p. 100 de la population totale (5 546 personnes) a été traitée en milieu hospitalier contre 1,7 p. 100 par les services de santé mentale (63,271).
- En 2001-2002, il n'y a pas eu d'expansion des services cliniques communautaires pour adultes hors établissement. Le nombre des postes de personnel clinique financés dans ces services atteignait 85 p. 100 de l'objectif du *Blueprint* contre 87 p. 100 en juin 2001.
- Les services non cliniques dispensés en milieu communautaire englobent le soutien à domicile, le soutien à l'emploi et à l'éducation, les activités de jour et l'acquisition des compétences psychosociales, les services d'entraide et de soutien familial. Ces services sont assurés surtout par des travailleurs de soutien, des aides-infirmières et des travailleurs de soutien culturel travaillant pour des ONG dans un rôle de thérapie ou de soutien. Les ressources affectées aux services de soutien non cliniques dispensés en milieu communautaire sont passées de 59 p. 100 l'année précédente à 65 p. 100 de l'objectif du *Blueprint*.
- Dans l'ensemble du pays, le nombre de lits résidentiels offerts aux adultes en milieu communautaire a diminué, passant de 93 p. 100 de l'objectif du *Blueprint* en 2000-2001 à 83 p. 100 en 2001-2002. Comme cette réduction tient en grande partie au fait qu'une grosse ONG a cessé d'offrir des services résidentiels pour ne plus offrir que des soins à domicile, il n'y a pas eu réduction de la capacité.

Comme ailleurs dans le monde, en Nouvelle-Zélande, l'accès aux services de santé mentale passe par les omnipraticiens. Cependant, nombreux sont les Néo-Zélandais (notamment parmi les Maoris et les Polynésiens) qui ne s'adressent pas aux omnipraticiens et ils n'ont donc pas accès aussi rapidement qu'il le faudrait aux services de santé mentale.

L'impact des frais d'utilisation au titre des soins primaires sur l'accès aux services de santé mentale pose également problème. Il est admis que ces frais peuvent constituer un obstacle à l'utilisation des soins primaires et qu'ils peuvent donc inciter les gens atteints d'une maladie légère ou modérée à s'adresser aux services de santé mentale spécialisés (qui n'ont pas les mêmes frais d'utilisation) alors qu'ils pourraient être traités convenablement par les

fournisseurs de soins primaires. On craint même que les frais d'utilisation ne découragent complètement les gens de s'adresser au système de santé. Comme nous l'avons vu plus haut, des efforts sont en cours pour réorganiser la prestation des soins primaires en fonction d'un modèle de capitation qui pourrait réduire l'impact des frais d'utilisation.

2.3.1 Les services aux Maoris

M[me] Arawhetu Peretini, gestionnaire en santé mentale des Maoris au gouvernement de la Nouvelle-Zélande, a expliqué ce qui suit au Comité :

> *Ils (les Maoris) vivent surtout en milieu urbain. Nous n'avons pas de réserves. Les aborigènes sont dans une grande mesure intégrés dans le reste de la société. La majorité vit probablement dans une ville du nord de l'île. Ces 10 dernières années, nous avons eu un mouvement préconisant le retour des Maoris dans leurs terres tribales, dont environ 90 p. 100 se trouvent dans des régions rurales. Toutefois, beaucoup n'ont pas suivi le mouvement parce qu'ils travaillent dans des agglomérations urbaines.*

Un grand spécialiste, le professeur Mason Durie[11] estime que les troubles mentaux sont devenus le problème de santé numéro un des Maoris. Les séjours en hôpital psychiatrique, l'alcoolisme et la toxicomanie, le suicide et la tentative de suicide sont en hausse alors que les autres problèmes de santé comme la cardiopathie sont en baisse. Les Maoris ont de nombreux besoins auxquels ne répondent pas les services de santé mentale. Bien qu'on ne dispose pas de données exactes et actuelles sur la prévalence de la maladie mentale chez les Maoris, on sait qu'il y a un nombre disproportionné de Maoris dans les services de crise, de soins actifs et de psychiatrie légale. Comme devait le préciser M[me] Peretini :

> *Certains des problèmes découlent du fait que beaucoup de Maoris tendent à se présenter dans les services à des stades aigus de maladie mentale.*

Qui plus est, les taux de réadmission des Maoris sont sensiblement plus élevés que ceux des non-Maoris et ils ne cessent d'augmenter depuis plusieurs années. Les Maoris sont également sur-représentés dans les services d'aide aux alcooliques et aux toxicomanes; c'est d'ailleurs le plus souvent pour cause d'alcoolisme, de toxicomanie ou de psychose qu'ils sont admis dans les services ou les hôpitaux psychiatriques.

Entre le 1[er] janvier et le 30 juin 2002, environ 10 500 Maoris ont été accueillis par les services de santé mentale, soit 1,9 p. 100 de tous les Maoris. Les Maori s'adressent aux services généraux de santé mentale ainsi qu'aux services axés sur leurs besoins. Tout en reconnaissant qu'il « reste encore des lacunes dans notre connaissance de chose tels que les taux d'admission et de réadmission », M[me] Peretini devait nous préciser :

> *Ayant réalisé une enquête il y a trois ans, nous savons que certains des 21 districts répondent vraiment aux besoins des Maoris parce qu'ils ont*

---

11 Cité dans *Blueprint*, p. 56.

> *inclus dans leur évaluation clinique une composante d'évaluation culturelle. Très peu le faisaient auparavant. Sur neuf commissions de santé de district, sept seulement avaient, à un moment ou un autre, envisagé d'adopter des politiques visant à répondre aux besoins des aborigènes admis dans les services généraux. Sur ces 7, trois seulement avaient des outils d'évaluation culturelle assez développés pour être utiles.*

Depuis 1998, on constate une amélioration sensible du nombre de fournisseurs de soins maoris et de la disponibilité des services destinés expressément aux Maoris. On a également pris un certain nombre d'initiatives pour augmenter le nombre de Maoris qualifiés au sein du personnel de santé mentale. M^me^ Peretini nous a apporté une précision à cet égard :

> *Il y a deux ans, le ministère de la Santé a pris la décision, dans le cadre de notre stratégie de développement de la main-d'œuvre, d'établir une organisation axée sur les Maoris pour la formation et le perfectionnement de la main-d'œuvre. Il y a environ un an, cette organisation a réalisé une série d'enquêtes sur notre population active. Plutôt que de vous donner les détails des résultats, je dirai que nous n'avons pas une main-d'œuvre très importante. À l'heure actuelle, elle se limite probablement à cinq psychiatres en formation.*
>
> *[...] nous avons fixé des quotas pour l'enseignement de certaines disciplines en Nouvelle-Zélande. Nous le faisons depuis au moins 20 ans. Nous avons également quelques leaders maoris du domaine de la santé qui sont devenus psychiatres.*

Le Cadre stratégique national pour la santé mentale des Maoris a été publié en avril 2002 après de vastes consultations. Voici les objectifs à atteindre en cinq ans :

- fournir des services cliniques, culturels et auxiliaires complets à au moins 3 p. 100 des Maoris, notamment à ceux dont les besoins en santé mentale sont les plus grands;
- veiller à ce que la participation active des Maoris à la planification et à la prestation des services de santé mentale reflète les modèles de santé maoris et les critères maoris de santé mentale;
- veiller à ce que 50 p. 100 des adultes maoris en quête de mieux-être aient le choix entre les services de santé mentale généraux et les services destinés à leur communauté;
- augmenter de 50 p. 100 par rapport aux niveaux de 1998 le nombre des travailleurs maoris en santé mentale, y compris les cliniciens,

Le D^r^ Chaplow a indiqué que la Nouvelle-Zélande est « dans une étape de transition » où « il faudra augmenter le nombre de psychiatres aborigènes ou leurs adjoints ou d'autres ». Toutefois, le témoin a ajouté qu'« un des aspects les plus importants des progrès réalisés est que les Maoris s'occupent eux-mêmes de leur service et relèvent eux-mêmes les défis ».

La Dre Wilson a expliqué l'importance de ce genre d'évolution :

> *La maladie mentale a ceci de particulier qu'elle touche la façon dont vous vous envisagez vous-même ainsi que vos croyances sur le plan spirituel et culturel. Les gens communiquent beaucoup mieux avec ceux de leur propre culture. Si vous êtes un patient, votre relation avec la personne qui vous soigne, que ce soit un médecin ou une infirmière, est probablement le facteur le plus critique qui agisse sur la guérison. Si cette personne peut comprendre votre culture et vos croyances, les chances d'un résultat positif sont sensiblement meilleures.*

2.3.2 Les ressources humaines

Plusieurs commissions et rapports ont fait remarquer que le développement de la main-d'œuvre est en mesure de contribuer grandement à régler les problèmes de prestation des services de santé mentale en Nouvelle-Zélande. Il est généralement admis que, bien que le personnel de santé mentale ait augmenté considérablement grâce à la mise en œuvre de la stratégie nationale, il ne suffit toujours pas pour répondre aux besoins de la population. Par exemple, il y a en Nouvelle-Zélande une pénurie de psychiatres par rapport aux autres pays occidentaux semblables. Le Dr Chaplow a indiqué au Comité que « dans les statistiques sur la santé dans le monde, on dit qu'il faudrait avoir un psychiatre pour 10 000 personnes. Nous n'en avons qu'un pour 15 000 », tout en insistant sur le fait suivant :

> *Le problème, c'est de savoir comment utiliser les psychiatres comme membres de l'équipe. De plus, les psychiatres ont tendance à se regrouper autour des universités ou établissements d'enseignement. Souvent, il y a déséquilibre entre la ville et la campagne, pour ce qui est de l'accès à de bons services de psychiatrie.*

La Dre Wilson devait ajouter que la pénurie de ressources humaines a gagné tous les secteurs :

> *Dans l'ensemble de l'effectif, il va sans dire que nous sommes à court dans tout le système. Il n'y a pas que les psychiatres. Nous avons des pénuries d'infirmières, de psychologues et de toutes sortes d'autres professionnels. C'est pourquoi nous avons une initiative importante qui porte sur le recrutement et le maintien à l'effectif.*

Des rapports de 2000-2001 indiquent que les postes vacants budgétisés en milieu communautaire comptaient pour 6 à 7 p. 100 du total. Il est également difficile de recruter et de conserver du personnel en dehors des grands centres, les conditions de travail étant rendues difficiles par la nécessité d'assurer les services 24 heures sur 24, par le manque de soutien des pairs et par l'isolement professionnel.

Établi au début de 1998, le Comité national de coordination du personnel de santé mentale a pour tâche de coordonner le développement de la main-d'œuvre dans l'ensemble du secteur, d'élaborer et de mettre en place un cadre définitif de réglementation nationale et de dotation

en ressources du développement du personnel de santé mentale. Il est dirigé par les fournisseurs de soins et représente les principaux intervenants du secteur. Cependant, il n'y a toujours pas de plan global de développement du personnel de santé mentale.

Selon la Dre Wilson, de nouveaux types de travailleurs en santé mentale ont été formés au cours des dernières années.

> *Nous avons un nouveau groupe de travailleurs, les travailleurs du soutien communautaire en santé mentale, qui reçoivent une formation depuis probablement cinq ans. Ils travaillent surtout dans le secteur des ONG, mais ils travaillent aussi dans le secteur public principal. Ils reçoivent une formation pour aider les patients ou consommateurs qui ont des troubles mentaux, que ce soit à domicile ou dans des unités résidentielles communautaires, ou pour les aider à se débrouiller avec le système. Ils peuvent par exemple les accompagner au service du soutien du revenu, au service de l'emploi, pour les aider à surmonter les obstacles sociaux.*

Ces travailleurs du soutien communautaire en santé mentale sont dûment qualifiés en vertu du cadre national de certification. Ils sont ainsi environ 2 000 à avoir reçu un certificat en travail de soutien communautaire en santé mentale.

2.4 PROMOTION ET PRÉVENTION

En décembre 2002, après deux années de consultation auprès de plus de 200 particuliers et organisations, le ministère de la Santé a publié un document intitulé *Building on Strengths* (S'appuyer sur nos forces) qui décrivait l'approche nationale en matière de promotion de la santé pour les cinq années suivantes. *Building on Strengths* vise à promouvoir le bien-être mental des Néo-zélandais et à réduire les inégalités sur ce plan en améliorant les milieux sociales, économiques, culturels, politiques et physiques au pays.

La stratégie néo-zélandaise en matière de promotion de la santé mentale prend acte de la nécessité d'instaurer une collaboration entre les secteurs de la santé et les autres secteurs, notamment les administrations locales, les autres ministères et les Maoris, les groupes communautaires du Pacifique et les autres et il invite le secteur de la santé à prendre l'initiative en coordonnant la promotion de la santé mentale.

Building on Strengths vise à réaliser trois objectifs :

1. Permettre aux particuliers et aux collectivités d'agir de leur propre chef.
2. Décrire les actions prioritaires que le ministère de la Santé envisage de conduire au chapitre de la promotion de la santé mentale.
3. Donner une orientation aux fournisseurs de services en santé et aux autres secteurs d'activité afin qu'ils puissent contribuer à l'amélioration de la santé mentale et du bien-être mental des Néo-zélandais.

La stratégie décrite dans *Building on Strengths* énonce trois objectifs bien précis :

- Réduire les inégalités dont sont victimes certains groupes en matière de santé mentale.
- Créer un environnement favorable à l'amélioration de la santé mentale.
- Améliorer le ressort psychologique des particuliers et des collectivités.

Pour permettre la réalisation de ces objectifs, cinq priorités ont été énoncées :

1. Réorienter les services de santé afin de réduire les inégalités entre les différents groupes socioéconomiques.
2. Renforcer l'action communautaire en matière d'activité de promotion de la santé mentale.
3. Instaurer un milieu favorable et sûr grâce à des mesures destinées à resserrer la cohésion sociale au sein des villes, des petites agglomérations, du milieu de travail, des écoles et des foyers.
4. Améliorer les compétences personnelles en agissant sur les facteurs favorables à la santé mentale comme le ressort psychologique, le soutien social et les compétences psychosociales.
5. Instaurer une politique publique saine par l'amélioration de la recherche et de l'évaluation en vue de recenser les besoins en matière de promotion de la santé mentale et de répondre à ces besoins.

Le ministère de la Santé est en train de consacrer plusieurs millions de dollars chaque année sur le chapitre de la promotion de la santé mentale et *Building on Strengths* a justement été publié pour proposer un cadre national de financement soutenu. Il n'est pas prévu que la campagne fasse l'objet d'un financement supplémentaire.

2.4.1 Le projet de lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées à la maladie mentale

Le projet de lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées à la maladie mentale appelé « Like Minds, Like Mine » (Tu penses, donc je suis!) a été lancé pour cinq ans en 1996 et financé par la suite en permanence par le gouvernement. Depuis le début, les activités parrainées par « Like Minds, Like Mine » visent à sensibiliser le public à la maladie mentale et notamment à la stigmatisation dont sont victimes ceux qui en souffrent ou en ont souffert. Le projet est ainsi parvenu à faire évoluer de façon quantifiable les attitudes dans la plupart des secteurs de la population.

La D[re] Wilson a permis aux membres du Comité de comprendre les fondements des progrès réalisés :

> *D'abord, il est très important de comprendre qu'au tout début de cette initiative ou de ce programme, des recherches de base considérables ont été*

entreprises. Elles ont porté sur les attitudes dans la population et sur les réactions que susciterait une campagne de sensibilisation. Cette démarche s'est déroulée parallèlement à notre approche de développement communautaire.

La première campagne nationale a eu lieu, et les recherches qui ont suivi ont révélé une évolution étonnante de l'attitude. On semblait mieux comprendre les troubles mentaux courants comme la dépression, les troubles anxieux, l'alcoolisme, et cetera.

Comme on estime avoir fait des progrès substantiels en matière de sensibilisation, le tout dernier plan (2003-2005) vise plutôt à réduire la discrimination. Il allie un modèle des droits de la personne à un modèle social de la déficience, qui a une forte analogie avec la discrimination dont sont victimes ceux qui font l'expérience de la maladie mentale.

Voici les grands objectifs du projet :

- Permettre à tous ceux qui font l'expérience de la maladie mentale d'obtenir l'égalité et le respect et de jouir des mêmes droits que les autres.
- Modifier la politique des secteurs public et privé de manière à valoriser et à inclure tous ceux qui font l'expérience de la maladie mentale.
- Mieux faire comprendre, accepter et appuyer tous ceux qui font l'expérience de la maladie mentale.

Voici quelques-uns de ses objectifs plus précis :

- Assurer le leadership et la participation des particuliers et des groupes qui ont l'expérience de la maladie mentale.
- Préconiser des politiques et des pratiques non discriminatoires au sein des organisations responsables du logement, de l'éducation, de l'emploi, du revenu et de l'accès aux biens et services et au sein des organisations responsables des services de santé mentale.
- À l'aide des médias de masse, de l'éducation communautaire et d'autres moyens, favoriser l'inclusion sociale de ceux qui font l'expérience de la maladie mentale.
- En reconnaissance de leur statut aux termes du traité de Waitangi, faire mettre au point par les Maoris des stratégies de lutte contre la discrimination dont sont victimes les Maoris qui font l'expérience de la maladie mentale.

La D[re] Wilson nous a précisé que la première version de la campagne avait fait « appel à des Néo-Zélandais très connus qui étaient disposés à parler publiquement de leurs problèmes de dépression et de troubles anxieux » mais que « La campagne actuellement en cours a laissé tomber les personnalités connues pour faire appel à des gens ordinaires qui ont été atteints

de maladies assez graves, comme la manie-dépression ou le trouble bipolaire, la schizophrénie, et cetera. L'accent est mis sur ces personnes, leur famille, leur vie »

2.5 PERSPECTIVES DE RÉFORME

La D[re] Wilson nous a appris qu'un second plan national en matière de santé mentale était en cours de préparation et qu'une première mouture serait bientôt soumise au Cabinet avant d'entreprendre de vastes consultations avec le milieu. Elle espère que celui-ci sera mené à terme et qu'il sera accepté par le gouvernement avant la fin de 2004.

En avril 2004, la Commission de la santé mentale a publié un document de consultation pour obtenir des idées sur les meilleurs moyens de poursuivre et de consolider les progrès déjà réalisés en matière de soins de santé mentale en Nouvelle-Zélande et pour faire en sorte que le *Blueprint* s'adapte à l'évolution des circonstances et serve de base à l'avenir. Parmi les moyens possibles à employer, mentionnons :

- améliorer l'application du *Blueprint*;
- modifier le *Blueprint* afin d'en faciliter l'application;
- modifier sensiblement le contenu de *Blueprint*;
- modifier les modalités de financement, de planification, d'adjudication des contrats et de prestation des services.

Élaboré entre 1997 et 1998, le *Blueprint* a plus de cinq ans. Le document de consultation note que, pendant cette période, beaucoup de choses ont changé dans le secteur de la santé et dans la société néo-zélandaise. Voici quelques-uns des facteurs qu'on estime devoir prendre en compte au moment de mettre à jour le *Blueprint* :

- Changements structurels – quatre régies régionales de la santé, puis l'Autorité de financement de la santé ont été remplacées par 21 District Health Boards, dont trois desservent moins de 50 000 habitants et quatre seulement desservent plus de 400 000 habitants.
- Des processus de planification régionaux se sont fait jour en utilisant de multiples réseaux d'intervenants qui se sont superposés à la structure législative des DHB.
- L'accent mis sur la concurrence dans le secteur de la santé a été remplacé par des attentes en matière de coordination et de collaboration et de développement des capacités des fournisseurs.
- Les attentes du public, des politiciens, des usagers, des familles et des cliniciens en matière de services de santé mentale ont augmenté.
- Un nouveau personnel non clinique s'est constitué, principalement dans le cadre d'ONG, personnel dont la formation est assujettie à des normes nationales.

- Il y a eu des changements dans la pratique clinique, y compris l'adoption d'un modèle de rétablissement et de la Norme nationale du secteur de la santé mentale et l'utilisation répandue des antipsychotiques de la nouvelle génération.

La discussion et le débat vont orienter la Commission dans la tâche qui lui incombe à présent, soit de rédiger une note d'accompagnement ou d'interprétation à l'appui du *Blueprint* et d'adapter sa mise en œuvre à l'évolution des circonstances.

2.6 OBSERVATIONS DU COMITÉ

Le Comité a été fortement impressionné par les progrès réalisés par la Nouvelle-Zélande depuis l'adoption de sa stratégie en matière de santé mentale, en 1994. L'expérience néo-zélandaise est une autre preuve de l'importance déterminante que revêt une planification suivie dans le domaine de la santé mentale. Le Comité a particulièrement pris note du fait que l'existence d'un plan détaillé, soigneusement chiffré, assorti d'objectifs bien précis, a aidé le milieu de la santé mentale à obtenir du gouvernement qu'il augmente sensiblement son niveau de financement.

De plus, le fait que la Nouvelle-Zélande se soit attardée à mettre sur pied des services communautaires complets lors du processus de désinstitutionnalisation a permis la réaffectation des ressources en sorte d'éviter une diminution du nombre de lits occupés par ceux et celles qui en ont besoin. Nous avons aussi été frappés par le rôle très important joué par un organisme indépendant, la Commission de la santé mentale, dans le cadre de ce processus et par la détermination du gouvernement d'adopter les recommandations de cette commission.

C'est sans doute l'attention régulière que la Nouvelle-Zélande a accordée au cours de la dernière décennie aux besoins de la population Maori qui a surtout impressionné le Comité. Il semble que le fait d'avoir tablé sur la participation des Maoris à l'orientation stratégique a permis de réaliser des gains notoires parce qu'il a ainsi été possible à cette communauté de s'approprier les programmes qui lui étaient destinés et d'y apposer son empreinte culturelle. Qui plus est, l'aboutissement récent des efforts de formation de professionnels maoris en santé mentale nous donne à penser qu'il existe des façons de s'attaquer à ces délicates questions.

Les programmes adoptés en vue de conférer des titres officiels aux travailleurs communautaires en santé mentale constituent une autre dimension des initiatives de formation d'un personnel nécessaire, initiatives qui semblent porter fruit en Nouvelle-Zélande. Le Comité a pris note que les efforts déployés par ce pays en vue d'améliorer l'accès aux services de soins primaires et de réduire la demande de services de soins secondaires a nécessité l'adoption de mesures pour atténuer l'impact des frais d'utilisation sur le comportement de ceux et de celles qui ont besoin de soins de santé. L'expérience néo-zélandaise constitue donc une autre preuve que les tickets modérateurs ont un effet dissuasif sur les patients potentiels.

Par ailleurs, nous serions curieux de voir s'il est possible de s'inspirer de l'expérience des conseils de santé de district en Nouvelle-Zélande pour améliorer la prestation des services de santé mentale aux Canadiens qui résident dans les régions rurales et éloignées.

Enfin, les membres du Comité ont été impressionnés par l'évolution des efforts déployés par la Nouvelle-Zélande pour combattre la stigmatisation et la discrimination dont souffrent les personnes atteintes de maladie mentale, surtout par l'engagement du gouvernement d'assurer un financement à long terme à cet égard. L'expérience néo-zélandaise nous rappelle l'importance de constituer des bases de données et d'évaluer l'information recueillie pour concevoir des campagnes de lutte contre la stigmatisation en vue de tirer les enseignements qui s'imposent de chaque expérience et de corriger le tir au besoin.

CHAPITRE 3:
LES SOINS DE SANTÉ MENTALE EN ANGLETERRE[12]

3.1 HISTORIQUE ET APERÇU

Bien que, jusqu'à la création récente des parlements écossais et gallois, son système parlementaire ait été le même que celui du Canada, le Royaume-Uni a tout de même été un État unitaire comprenant la Grande-Bretagne (Angleterre, Écosse et pays de Galles) et l'Irlande du Nord. Le système de santé publique – le National Health Service, soit le Service national de la santé (SNS) – est le même partout au Royaume-Uni, mais son administration relève de chaque juridiction qui le compose. Dans le présent chapitre, nous traiterons presque exclusivement des soins de santé en Angleterre et nous ne parlerons du Royaume-Uni que pour décrire les éléments communs. Établi en 1948, le SNS figure toujours parmi les systèmes de soins de santé dont l'administration et le financement sont les plus centralisés au monde.[13] Le gouvernement central assure non seulement le financement des services de santé, mais aussi une partie importante de la gestion et de la prestation des services.

Comme au Canada, toutes les personnes qui résident normalement au Royaume-Uni sont admissibles aux garanties de l'assurance maladie en vertu du SNS. Le SNS n'a pas une liste précise des services qu'il garantit. Cependant, il est plus complet que le régime d'assurance-maladie canadien car il garantit les services offerts par les médecins, les services hospitaliers, les médicaments délivrés sur ordonnance, les soins dentaires et d'optique. Il n'existe pas de frais d'utilisation à l'égard des services des médecins au Royaume-Uni et les services hospitaliers et des spécialistes sont offerts gratuitement. Des frais d'utilisation s'appliquent aux médicaments délivrés sur ordonnance, aux services dentaires et aux services optiques, et, contrairement au Canada, le Royaume-Uni autorise l'achat d'assurance-maladie privée offrant les mêmes garanties que le SNS si ces services sont offerts par des fournisseurs qui travaillent hors du SNS.

Au Royaume-Uni, la partie des dépenses relatives aux soins de santé financée par le secteur public (82 p. 100) est plus importante qu'au Canada (70 p. 100). Le SNS est financé principalement par le système général d'imposition du gouvernement central, ainsi que par

---

12 À moins d'indication contraire, les renseignements contenus dans le présent chapitre proviennent des sources suivantes : ministère de la Santé, *National Service Framework for Mental Health*, 1999; Select Committee on Health, *Fourth Report: Provision of NHS Mental Health Services*, 2000; McCulloch, Andrew, Matt Muijen et Heather Harper, « New Developments in Mental Health Policy in the United Kingdom » *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 23, nº 3-4, 2000; The Sainsbury Centre for Mental Health, « Mental Health Policy: the challenges facing the new Government, » juillet 2001; ministère de la santé, *The Journey to Recovery – The Government's Vision for Mental Health Care*, novembre 2001; National Institute for Mental health in England, *Cases for Change – Policy Context*, 2002; ministère de la Santé, *National Suicide Prevention Strategy for England*, septembre 2002; Levenson, Ros, Angela Greatley et Janice Robinson, *London's State of Mind*, King's Fund Mental Health Inquiry, 2003; The Sainsbury Centre for Mental Health, *Money for Mental Health: A review of public spending on mental health care*, 2003; Commission for Health Improvement, *What CHI has found in mental health trusts (sector report)*, 2003; Social Exclusion Unit, *Mental Health and Social Exclusion*, cabinet du vice-premier ministre, 2004.

13 Paul Wallace dans *The Economist* (17 juillet 2004) fait remarquer qu'avec ses 1,4 million d'employés, le SNS est le troisième plus important employeur au monde, derrière l'armée rouge chinoise et les chemins de fer indiens.

un élément de contribution au fonds national auquel participent les employeurs et les employés. Les frais d'utilisation comptent pour moins de 3 p. 100 du financement total du SNS.

De nombreuses réformes importantes de la gestion et de la prestation des services de santé au Royaume-Uni ont été entreprises dans les années 90. Celles-ci ont initialement créé un « marché intérieur », c'est-à-dire que certains principes axés sur le marché ont été insérés dans le régime des soins de santé financés publiquement. Un « partage acheteur-fournisseur » a modifié les relations entre les autorités régionales de la santé et les hôpitaux, tandis que l'établissement « d'enveloppes budgétaires pour les omnipraticiens » a modifié l'organisation et la forme des pratiques de médecine générale. Le gouvernement travailliste de Tony Blair, élu la première fois en 1997, était contre l'existence d'un marché intérieur en matière de santé; il a depuis lors modifié un certain nombre de caractères importants du régime, mais n'a pas cherché à retourner à la formule d'origine.[14]

M^me^ Anne Richardson, chef de la Direction des politiques en santé mentale, ministère de la Santé au gouvernement du Royaume-Uni, nous a expliqué que, depuis 2001, le Service national de la santé comporte trois niveaux, le ministère de la Santé chapeautant le tout. Elle a précisé que « le rôle du ministère de la Santé est d'élaborer des politiques ainsi que les systèmes et les structures nécessaires pour assurer les services. Cependant, il ne s'occupe pas directement de la mise en oeuvre de ce changement ». On dénombre par ailleurs 28 autorités sanitaires stratégiques (ASS) qui sont chargées d'administrer le bon fonctionnement des services locaux. Elles sont de taille variable (de 20 à 30 employés par emplacement) et peuvent assumer la responsabilité d'une trentaine de groupes de soins primaires (GSP), lesquels constituent le troisième niveau.

Les GSP, qui sont chargés de la gestion des services de santé, sont maintenant au centre du SNS et ils bénéficient de 75 p. 100 du budget du SNS. La plupart des GSP desservent des populations de 50 000 à 250 000 personnes, un GSP moyen servant quelque 100 000 personnes. On dénombre actuellement 302 GSP en Angleterre qui n'ont pas tous le même niveau d'expérience ni de compétence.

Les GSP offrent directement les soins primaires, ainsi que les services de santé communautaires et ils commandent des services[15] aux groupes hospitaliers et à d'autres fournisseurs de soins secondaires et tertiaires. Les GSP peuvent également commander

---

14 En fait, certains analystes soutiennent que le gouvernement travailliste vient d'entreprendre un retour au « marché interne », ce qui a amené Paul Wallace à écrire que ce mouvement de balancier s'inscrit dans la foulée de l'important basculement politique qui a suivi les élections de 2001. (*Ibid.*)

15 Même au Royaume-Uni, il règne encore une certaine confusion quant au sens exact à donner au terme « commissioning » (que nous avons traduit ici par commander) et à son rapport avec le terme plus familier « purchasing » (acheter). Tant conceptuellement que dans les faits, ces deux mots semblent être employés assez librement. Il existe cependant une définition commune : *Commander* correspond à l'activité stratégique qui consiste à évaluer un besoin, des ressources et des services courants et à élaborer une stratégie afin d'utiliser au mieux les ressources disponibles pour satisfaire les besoins constatés. Qui dit commander, dit déterminer des priorités, acheter les services appropriés et les évaluer. *Acheter* est l'activité opérationnelle qui s'inscrit dans le contexte d'une commande et qui consiste à mettre des ressources en œuvre afin d'acquérir des services en sorte de satisfaire des besoins, soit à un niveau macro, ou à celui de la population, soit à un niveau micro ou à celui de l'individu.

d'autres services de soins primaires (services de physiothérapie, thérapies alternatives et counselling) et, comme nous le verrons, des services de santé mentale. M^me^ Richardson a indiqué au Comité que le travail des GSP sert « à interpréter les normes et les objectifs nationaux en fonction des besoins de leur population locale ».

3.1.1 La santé mentale

Jusqu'aux années 50, la principale forme de soin des personnes atteintes de maladie mentale était l'asile de type victorien. Comme ailleurs, avec l'arrivée de nouveaux médicaments et une prise de conscience publique voulant que les personnes atteintes de maladie mentale ont le droit de vivre dans la société, cette situation a commencé à changer à partir des années 60. On a commencé à fermer les vieux hôpitaux afin d'installer des unités psychiatriques plus modernes dans les hôpitaux généraux locaux. Ainsi, le nombre de lits d'hôpital avait diminué considérablement en 1978, passant de 129 000 en 1968 à 91 000 en 1978, à 63 000 en 1988-1989 et à 36 000 en 1998-1999.

Il est fort possible que le débat politique continuera de porter sur la meilleure façon d'administrer le processus de désinstitutionnalisation et sur ses nombreuses ramifications. Dans les premières années de l'application de cette politique, il semble que les décideurs aient sous-estimé le niveau de soutien requis par un groupe relativement petit de personnes lourdement handicapées qui vivaient auparavant dans des asiles datant d,une autre époque. On n'a pas prévu les ressources nécessaires pour accueillir ces personnes dans la collectivité. En particulier, il n'existait ni soutien intensif à la santé et aux services sociaux, ni logement subventionné. Cette situation a contribué à entretenir, dans certains cercles, l'impression que la politique elle-même, celle des « soins communautaires », était mauvaise, malgré l'évidence sur le plan international des résultats améliorés obtenus grâce aux soins communautaires pour la grande majorité des personnes atteintes de maladie mentale.

Au cours des dernières années, la politique relative à la santé mentale a été modifiée considérablement pour créer un système de soins efficace adapté aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale de tous les genres et de tous les niveaux de gravité. La série d'initiatives politiques prises au cours des années 90 a visé à consolider les services communautaires par la recherche d'un équilibre approprié entre les soins et le contrôle, et entre le soutien et la sécurité publique.

La politique a été promulguée dans les publications suivantes produites par le gouvernement :

- Un livre blanc, paru en 1998 sous le titre *Modernising mental health services: safe, sound and supportive*, avait pour objet de recenser et de combler les lacunes en matière de prestation de services. Il exprimait une vision pour la création de services de santé mentale axés sur la sécurité, le bon sens et le soutien, par le biais de différentes mesures, y compris la création de services de soutien communautaires plus actifs, comme les « équipes d'intervention affirmative » afin de s'occuper des problèmes des personnes vivant dans la collectivité et dont les besoins sont complexes.
- Ce livre blanc a été suivi du document sur le cadre du service national intitulé *National Service Framework for Mental Health (NSF-MH)*, soit le Cadre national de

service en matière de santé mentale, qui fixait des normes et des objectifs détaillés pour les services de santé mentale des adultes de 18 à 65 ans ayant des problèmes de santé mentale (voir ci-après);

- Le *NHS Plan*, c'est-à-dire le plan du SNS, publié en 2000, prévoyait l'amélioration du programme décrit dans le *National Service Framework* en y ajoutant de nouveaux services, notamment l'intervention affirmative, la résolution des situations de crise (parfois appelée traitement à domicile) et l'intervention précoce dans les services psychotiques. Ce plan prévoyait l'arrivée de diplômés en soins primaires de santé mentale, de travailleurs qui orientent la clientèle et de travailleurs d'appui aux fournisseurs de soins et il favorisait les modifications structurelles comme la création de groupes de soins. Il contenait également les exigences relatives à la main-d'œuvre en santé mentale et les questions liées au recrutement et au maintien en poste, au leadership et à la formation. Le Plan du SNS comportait un financement nouveau de 300 millions de livres pour les services de santé mentale.

Le *National Service Framework for Mental Health* est un programme décennal. M^me^ Richardson a décrit au Comité les sept normes autour desquelles il s'articule :

- La première concerne la promotion de la santé mentale — c'est-à-dire toutes les mesures nécessaires pour vous aider à lutter contre les préjugés qui entourent la maladie mentale et réduire les risques que les personnes développent une maladie mentale.
- Les normes deux et trois portaient sur la santé mentale et les soins primaires, afin de prendre les mesures nécessaires pour améliorer l'accès aux services par des personnes atteintes de ce qu'on appelle des troubles mentaux courants.
- Les normes quatre et cinq concernent les personnes ayant une grave maladie mentale — la proportion relativement faible du groupe total de personnes ayant des problèmes de santé mentale — qui néanmoins présentent le plus de risques de décès par suicide et autres causes, et qui présentent aussi les taux les plus élevés de morbidité. Je songe entre autres aux personnes diagnostiquées schizophrènes, bipolaires ou très gravement déprimées.
- La norme six portait sur les mesures nécessaires pour améliorer les services et les mécanismes de soutien à l'intention des personnes qui prodiguent des soins.
- La norme sept mettait l'accent sur toutes les mesures nécessaires dans l'ensemble du réseau des soins de santé et des services sociaux pour réduire le risque de suicide.

L'encadré suivant présente les sept normes en question.

NORMES « NSF-MH »

1. *Les services de santé et les services sociaux devraient :*
   - favoriser la santé mentale pour tous, grâce au travail auprès des personnes et des collectivités;
   - lutter contre la discrimination à l'égard des personnes et des groupes ayant des problèmes de santé mentale, et favoriser leur insertion sociale.

2. *Tout utilisateur de services qui communique avec son équipe de soins de santé primaires et qui souffre d'un problème de santé mentale commun devrait :*
   - faire identifier et évaluer ses besoins en santé mentale
   - se voir offrir des traitements efficaces, y compris le renvoi aux services spécialisés afin d'obtenir une évaluation plus poussée, ainsi que les traitements et les soins dont il a besoin.

3. *Toute personne souffrant d'un problème de santé mentale devrait :*
   - pouvoir communiquer en tout temps avec les services locaux qui peuvent répondre à ses besoins afin de recevoir les soins appropriés;
   - pouvoir utiliser le service NHS Direct, à mesure qu'il sera mis en place, afin d'obtenir une opinion de premier niveau et le renvoi à des lignes secours spécialisées ou aux services locaux.

4. *Tout utilisateur de services de santé mentale rattaché au service « Care Programme Approche (CPA) » devrait :*
   - recevoir des soins qui optimisent la responsabilisation, préviennent ou anticipent les crises et qui réduisent les risques;
   - posséder un exemplaire écrit d'un plan de soins qui
     — inclue les mesures à prendre, en situation de crise, par les utilisateurs, par leurs fournisseurs de soins et par leurs coordonnateurs de soins;
     — informe l'omnipraticien des mesures à prendre si l'utilisateur a besoin d'autres services;
     — soit révisé régulièrement par le coordonnateur de soins;
     — permette d'accéder aux services 24 heures sur 24, toute l'année durant.

5. *Tout utilisateur de services qui a fait l'objet d'une évaluation et qui a besoin de recevoir des soins hors de son domicile pendant un certain temps devrait :*
   - pouvoir accéder en temps voulu à un lit ou à un local, dans un hôpital ou dans un autre lieu approprié, qui soit :
     — situé dans un environnement qui soit le moins contraignant possible, compte tenu de la nécessité de le protéger et de protéger le public,
     — situé le plus près possible de son domicile;
   - posséder un exemplaire écrit d'un plan du suivi convenu après le congé, document dans lequel sont indiqués les soins et la réadaptation à recevoir, le nom du coordonnateur de soins et les mesures à prendre en cas de situation de crise.

6. *Toute personne qui prodigue régulièrement des soins importants à une personne en vertu du CPA devrait :*
   - subir une évaluation de ses besoins en matière de soins de santé et de ses besoins physiques et mentaux, au moins une fois par année;
   - posséder son propre plan de soins qui lui est remis et qui est appliqué après discussion avec elle.

7. *Les collectivités locales de soins de santé et de services sociaux devraient prévenir le suicide :*
   - en favorisant la santé mentale pour tous, en travaillant avec les individus et avec les collectivités (norme un);
   - en dispensant des soins primaires de haute qualité (norme deux);
   - en s'assurant que toute personne qui a un problème de santé mentale puisse communiquer avec les services locaux par l'entremise du Groupe de soins primaires, d'une ligne secours ou à un service d'urgence (norme trois);
   - en s'assurant que les personnes atteintes de maladie mentale grave et prolongées possèdent un plan de soins qui réponde à leurs besoins particuliers, y compris l'accès aux services en tout temps (norme quatre);
   - en offrant des locaux sûrs dans les hôpitaux aux personnes qui en ont besoin (norme cinq);
   - en permettant aux personnes qui s'occupent des personnes atteintes de maladie mentale grave d'obtenir l'appui sont elles ont besoin pour continuer de s'en occuper (norme six);

   et enfin :
   - en appuyant le personnel des prisons locales en matière de prévention du suicide chez les prisonniers;
   - en s'assurant que le personnel possède les compétences nécessaires pour évaluer le risque de suicide chez les personnes les plus à risque;
   - en élaborant des systèmes locaux d'examen des suicides afin d'en tirer des leçons et améliorer la prévention.

Le *NSF-MH* était le premier document à indiquer ce qu'on attendait des services de santé et des services sociaux en Angleterre. Un nouvel organisme, l'Institut national de santé mentale (NIMHE, pour National Institute for Mental Health in England) a été chargé de superviser la mise en œuvre du cadre de service. Comme M^me^ Richardson l'a expliqué, le NIMHE

> *... compte une série de huit centres de développement régional dispersés un peu partout en Angleterre. Le travail de ces centres consiste particulièrement à aider les services locaux à mieux atteindre leurs objectifs. Ils établissent des modèles de pratiques exemplaires, visitent les services locaux et font appel à des porte-parole chargés de mieux faire connaître le nouveau modèle de services et les besoins des personnes qui ont une maladie mentale. Il existe environ 26 programmes de travail qui relèvent de l'Institut national de la santé mentale et qui disposent tous d'un financement central. Ces programmes sont destinés à appuyer la réforme.*

M^me^ Richardson a donné l'exemple suivant pour l'un des programmes administrés par le NIMHE :

> *[N]ous avons un programme de santé mentale à l'intention des Noirs et des minorités ethniques, dont le financement à l'heure actuelle est de 2,5 millions de livres jusqu'en 2006. Ce programme emploiera du nouveau personnel affecté au développement communautaire et servira à mettre sur pied environ 80 projets de développement communautaire, ce qui nous permettra d'améliorer les services de santé mentale à l'intention des Noirs et des groupes de la minorité ethnique qui ont des problèmes de santé mentale.*

Le NIMHE comprend huit bureaux régionaux qui travaillent chacun directement au contact des collectivités locales, des GSP, des ONG et des utilisateurs de service. Ce faisant, le NIMHE est en mesure d'organiser sa contribution pour mettre en œuvre le *NSF-MH* ainsi que ses programmes d'assistance dans le cadre d'une approche d'intégration communautaire.

Le *NSF-MH* prévoyait en outre la création, dans tous les domaines visés, d'équipes locales de mise en oeuvre (ÉLMO) composées de représentants des utilisateurs de services, du personnel soignant, des autorités locales compétentes, des Groupes de soins primaires, des Groupes du SNS et des autorités de la santé, ayant pour mandat d'élaborer un plan local de mise en oeuvre. Initialement, 126 ÉLMO ont été créées, certaines ayant fonctionné mieux que d'autres. À cet égard, M^me^ Richardson nous a précisé ce qui suit :

> *Sans ces équipes de mise en oeuvre locales, nous n'aurons absolument pas pu apporter tous les changements que nous avons réussi à instaurer. Je ne veux pas brosser un tableau trop optimiste car il nous reste encore beaucoup de chemin à parcourir. Il y a maintenant presque cinq ans que le programme a été lancé, et nous avons apporté des changements considérables, mais il reste encore beaucoup à faire. Les équipes de mise en oeuvre locales ont joué un rôle essentiel à cet égard, et il est très important dans le cadre du programme de réforme de s'assurer dès le départ d'avoir l'infrastructure qui convient.*

De plus, le gouvernement a depuis lors produit un Guide détaillé de la mise en œuvre de la politique afin de soutenir le NSF-MH (en 2001) et il a publié des propositions de réforme du *Mental Health Act* (Loi sur la santé mentale) en 2002.

Malgré les nombreuses réactions positives au NSF-MH, certains s'inquiétaient de l'insuffisance des ressources disponibles par rapport à la tâche à accomplir, tandis que d'autres pensaient que le NSF-MH ne prenait pas en compte le débat en cours sur les modèles médicaux et les modèles sociaux en santé mentale. Ces critiques pensaient que l'appellation « maladie mentale » donnée aux problèmes de santé mentale révélait une incapacité de considérer les clients actuels et les ex-clients comme des personnes ayant des points forts et pas uniquement des problèmes. Malgré les différentes critiques, pour la plupart des commentateurs du NSF-MH, il y avait lieu de se montrer optimiste quant à l'avenir des services de santé mentale au Royaume-Uni.

3.2 COÛTS ET FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Un rapport, publié en juin 2004 par l'Unité de santé mentale et d'exclusion sociale, qui relève du cabinet du vice-premier ministre, donne les chiffres suivants quant aux coûts de la maladie mentale en Angleterre :

- Le coût global annuel des problèmes de santé mentale dans ce pays est évalué à 77,4 milliards de livres. L'incidence sur la qualité de vie, notamment à cause de la mortalité prématurée, représente plus de la moitié de ce chiffre.
- Les pertes de rendement, associées aux chances d'emploi ratées, sont estimées à plus de 23 milliards de livres par an.
- Les coûts économiques du suicide seraient de quelque 5,3 milliards de livres.

En 2000, le Secrétaire d'État à la Santé a déclaré devant le Select Committee sur la santé que les services de santé mentale représentaient 12 p. 100 du budget total des services de santé hospitaliers et communautaires. Mme Richardson a indiqué au Comité qu'en 2001, 2002, cette proportion est passée à 13 p. 100. D'un autre côté, elle a insisté sur le fait qu'il ne faut pas perdre une chose de vue :

> *[L]es dépenses en services de santé communautaires et hospitaliers ne représentent qu'une partie des fonds consacrés à la santé mentale. Nous avons aussi des dépenses en soins sociaux, qui sont engagées séparément par les administrations locales pour les services sociaux, les services d'éducation et d'autres.*

Plus récemment, une estimation du Sainsbury Centre for Mental Health[16] (2003) indiquait qu'environ 80 p. 100 des dépenses totales au chapitre des services de santé mentale étaient financées par le SNS. Quant au reste, 15 p. 100 proviennent des budgets relatifs aux services sociaux de compétences locales, 3 p. 100 sont assurés par la Subvention pour la santé mentale (réservée aux services de santé mentale offerte aux administrations locales par le gouvernement central) et le reste provient d'autres sources, y compris les frais d'utilisation.

Le Centre Sainsbury a en outre estimé qu'environ 75 p. 100 des dépenses totales relatives aux services de santé mentale correspondent aux coûts directs de la prestation des services (surtout en personnel), tandis que les 25 p. 100 restant correspondent aux coûts indirects, aux frais généraux et aux intérêts et remboursements des emprunts.

Comme nous l'avons indiqué plus haut, le plan du SNS a prévu l'accroissement du financement de la santé mentale afin de permettre l'expansion des services. Dans son rapport sur les dépenses en santé mentale, le Centre Sainsbury a calculé que les charges en trésorerie pour les services de santé mentale des adultes (du SNS et des autorités sanitaires

---

[16] Le Sainsbury Centre for Mental Health (SCMH) est un organisme de bienfaisance qui cherche à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de problèmes de santé mentale graves. Il effectue des recherches et conduit des activités de développement et de formation afin d'influencer les politiques et les pratiques dans le domaine des soins de santé et du bien-être. Le SCMH est affilié à l'Institute of Psychiatry du King's College, à Londres. Ses travaux sont très respectés dans le monde entier.

locales combinées) ont augmenté de 7,1 p. 100 en 2002-2003 et qu'une augmentation de 6,3 p. 100 est prévue pour 2003-2004. Au cours de ces deux exercices, cependant, l'analyse indique que la croissance des dépenses relatives aux services de santé mentale est beaucoup plus lente que la croissance globale des dépenses relatives à l'ensemble des soins de santé et des services sociaux. Cela signifie que, compte tenu de l'augmentation des salaires et des prix, les dépenses relatives aux services de santé mentale augmenteront de moins de la moitié du taux des dépenses totales pour le SNS et les services sociaux au cours des deux années 2002-2003 et 2003-2004.

Le Centre Sainsbury a ainsi conclu que, malgré le statut de service prioritaire de la santé mentale, la part qui accordée à ce secteur dans les budgets relatifs au SNS et aux services sociaux est en baisse. Il souligne que l'augmentation des dépenses sont très inférieurs au taux moyen d'augmentation annuelle de 11.5 p. 100 nécessaire à la mise en œuvre du cadre national de services en santé mentale (NSF-MH) selon le calendrier du gouvernement. D'après le Centre, pour que le calendrier soit respecté, il faudrait que le taux d'augmentation des dépenses annuelles en espèces pour les services de santé mentale soit deux fois supérieur à ceux de 2002-2003 et de 2003-2004.

Le Centre Sainsbury constate bien des différences locales dans les régimes de dépense, mais il conclut qu'elles ne doivent pas obscurcir la conclusion la plus importante de son étude qui indique qu'au niveau national, la tendance actuelle en matière de dépenses laisse prévoir un écart croissant entre les promesses et les résultats dans le domaine de la prestation de meilleurs services de santé mentale. Selon le Centre, les décideurs doivent de toute évidence choisir entre ralentir le programme de réforme et affecter davantage de ressources à la santé mentale.

Toutefois, dans son témoignage, M^me^ Richardson a déclaré au Comité :

> *Tout d'abord, je dois contester vivement la notion selon laquelle le cadre du service national n'a pas prévu une augmentation des ressources destinées à la santé mentale. Comme je crois l'avoir dit plus tôt, le plan du SNS établit qu'un montant de 300 millions de livres supplémentaires, en sus du financement de base, sera investi dans le service national de santé pour accélérer sa mise en oeuvre d'ici 2003-2004.*

Et elle a souligné :

> *Les indications dont nous disposons corroborent le fait que ces fonds ont effectivement été affectés aux services de santé mentale. Nous savons que jusqu'en avril de l'année dernière, un montant supplémentaire de 262 millions de livres a été consacré à la santé mentale en plus du financement de base prévu pour 2001.*

À l'échelon local, il semblerait que l'écart entre les ambitions du programme de réforme et la réalité des restrictions du financement de la santé mentale soit amplifié par les nouvelles façons dont les fonds sont maintenant attribués pour les besoins locaux. Comme nous

l'avons vu, les Groupes de soins primaires (GSP), gérés localement, obtiennent maintenant leur financement du SNS directement du gouvernement central plutôt que des autorités sanitaires. Les GSP sont responsables de la répartition de ces fonds entre les différents services de santé, y compris les services de santé mentale, et aussi de l'établissement des priorités locales pour le développement futur des services. Les GSP sont la principale source de financement des soins de santé mentale et en principe, ils peuvent réorienter les ressources vers les services et vers les fournisseurs en fonction des priorités locales.

Une étude récente a été menée par le *King's Fund on mental health services* à Londres en 2003. Elle indique qu'en dépit du fait que la responsabilité de commander la plupart des services de santé mentale soit passée des mains des autorités sanitaires à celles des GSP, la plupart des GSP semblent avoir été incapables de consacrer beaucoup de temps à cette obligation, contrairement à que ce qu'on attendait d'eux en raison de la *taille* de leurs budgets ou contrairement aux exigences, en raison de l'état du développement des services de santé mentale. Le Centre Sainsbury a effectué un sondage auprès des Équipes locales de mise en œuvre (ÉLMO), qui sont chargées de mettre en place les réformes en matière de santé mentale. L'analyse suggère que, dans l'ensemble, 58 p. 100 des ÉLMO pensent que le financement pour 2003-2004 sera vraisemblablement insuffisant, tout compte fait, pour maintenir les services de base et appliquer le programme de réforme du gouvernement, tandis que 42 p. 100 d'entre elles se disaient plus optimistes. Les chiffres des plans locaux de prestation pour trois ans, jusqu'en 2005-2006, indiquent aussi que le rendement sera vraisemblablement inférieur aux objectifs nationaux et à ceux des politiques.

Plus généralement, les budgets pour la santé mentale sont comprimés à cause d'un certain nombre de pressions, dont les principales sont la pénurie de personnel (qui occasionne des dépenses supérieures pour l'embauche de personnel temporaire), l'augmentation rapide des coûts de prescription et l'obligation de rembourser les dettes accumulées. Par exemple, le Centre Sainsbury a présenté un cas de dépassement extrême du cadre du budget : un groupe du sud de l'Angleterre a déclaré avoir dépensé en trop 145 000 £ pour de la publicité de recrutement et 1 672 000 £ pour des médecins suppléants.

Dans un rapport présenté devant le *Mental Health Providers Forum* (MHPF) en 2002, on estimait que les dépenses effectuées pour et par le secteur bénévole pour la prestation des services de santé mentale correspondent à environ 10 p. 100 des dépenses publiques pour la santé mentale. Les recettes combinées des membres du MHPF en 2001/2002 s'élevaient à 320 millions de livres, la majorité de ces fonds provenant du SNS et des autorités sanitaires locales en matière de services de santé mentale offerts dans le cadre de marchés de service. Les soins à domicile constituaient la partie la plus importante des activités confiées par commande, avec 69 p. 100 des dépenses totales, suivis par les services communautaires, avec 23 p. 100. Le reste des dépenses s'étalait sur différents services, dont l'information, la défense des droits, la recherche, les campagnes, la formation et l'appui aux soignants.

3.3 PRESTATION ET ORGANISATION DES SERVICES

La modernisation des services de santé mentale au Royaume-Uni se fait dans le contexte d'une réorganisation importante des services. Le principal changement apporté dans le secteur public ces dernières années a été l'émergence de groupes de spécialistes de la santé

mentale qui, dans plusieurs cas, sont toujours en voie de développement alors que diverses agences ont été amalgamées en vue de constituer un fournisseur unique pour l'ensemble des services de santé mentale dans chaque localité. Certains de ces fournisseurs sont constitués en groupes de soins de santé et de services sociaux ayant un budget unifié pour la santé et les services sociaux et un personnel et des locaux communs.

La création de tels groupes de spécialistes de la santé mentale est un phénomène nouveau puisque la majorité d'entre eux n'existent que depuis avril 2002. Ils remplacent toute une gamme de services qui étaient jusque là fournis et gérés par des groupes de soins actifs, des groupes communautaires et certains groupes de spécialistes de la santé mentale. Ces groupes présentent une grande diversité de caractéristiques comme l'importance de leur budget d'ensemble, le nombre d'employés, le nombre de malades hospitalisés, le nombre de lieux de prestation de services et le territoire géographique desservi.

Ces groupes se différencient aussi par la clientèle desservie. Plusieurs s'intéressent aux difficultés d'apprentissage et la plupart offrent des services aux personnes âgées, de même qu'aux enfants, aux adolescents et aux adultes en âge de travailler. De plus en plus, ces groupes offrent des soins à domicile ou des « services d'urgence » pour répondre à des cas individuels de souffrance morale aiguë, afin que ces personnes puissent demeurer dans la collectivité, le plus souvent chez elles, au lieu d'être hospitalisées. Les groupes du SNS qui assurent la prestation de services de santé mentale généraux peuvent souvent avoir accès à une unité de soins fermée à clé ou à une unité de soins intensifs pouvant accueillir les patients qui ont besoin d'une sécurité physique accrue ou de la présence d'un personnel plus nombreux que dans une aile de soins actifs.

Dans leurs témoignages devant le *Select Committee* sur la santé, en 2000, le Royal College of Nursing et le Royal College of Psychiatrists ont soutenu que la qualité des soins communautaires n'est possible que si les malades peuvent aussi être hospitalisés dans un établissement de qualité. Divers témoins ont dit au Comité que ces centres de soins sont encore de qualité inférieure. On a renvoyé le Comité à une étude du Centre Sainsbury selon laquelle les pressions exercées pour l'utilisation de lits de soins actifs sont telles que le milieu n'a rien de « thérapeutique », que les services n'ont pas de buts précis et que les liens avec la collectivité sont médiocres. La Mental Health Foundation a aussi laissé entendre au Comité que la « faiblesse réelle » des services de santé mentale se situe dans les unités de soins actifs.

Une bonne partie des services de santé mentale sont aussi offerts dans un cadre de soins primaires. Selon les chiffres avancés dans le Rapport sur la santé mentale et l'exclusion sociale, 90 p. 100 des patients ayant des problèmes de santé mentale et un quart de ceux atteints de troubles graves de santé mentale sont traités dans le cadre de soins primaires, et 30 p. 100 des consultations en pratique générale comportent un élément de santé mentale (il s'agit le plus souvent de dépressions, de troubles de l'alimentation et de troubles anxieux).

D'un autre côté, M^me^ Richardson nous a déclaré « Le fait est que nous n'avons pas de stratégie en tant que telle pour l'intégration des soins primaires et secondaires ». Toutefois, elle a décrit au Comité une initiative particulière destinée à améliorer la prestation des services au niveau de soins primaires. Le plan du SNC pour 2000 fixe à 1 000 le nombre de travailleurs en santé mentale qui devront être diplômés dans le domaine des soins primaires d'ici décembre 2004, afin d'aider les omnipraticiens à consulter et à traiter les gens de tous

âges atteints de problèmes de santé mentale communs. Pour M^me^ Richardson, « le travailleur diplômé est une nouvelle espèce». Elle devait d'ailleurs nous décrire le programme en ces termes :

> *[...] nous avions dans le système un groupe de diplômés aptes qui voulaient travailler au SNS et qui pouvaient recevoir une formation, selon les données recueillies, pour fournir brièvement et efficacement en matière de soins primaires des traitements fondés sur des données probantes aux patients souffrant de troubles courants. Nous avons [...] constitué 12 nouveaux programmes de formation dans toute l'Angleterre pour leur offrir un programme externe de formation d'un an menant à l'obtention d'un certificat d'études supérieures.*
>
> *[...] Nos travailleurs qui font des études plus poussées ont généralement une formation en sciences sociales ou en psychologie et ne sont pas des infirmiers ou des infirmières. La formation supplémentaire d'un an qu'ils reçoivent après l'obtention de leur diplôme les prépare à donner des conseils en matière d'auto-assistance, à diffuser de l'information et à traiter efficacement sur de courtes périodes les personnes atteintes de troubles communs en tentant d'agir sur leur comportement cognitif.*

Le plan du SNS fait également état d'autres objectifs particuliers, dont la mise sur pied de 50 autres équipes d'intervention d'urgence, objectif qui, selon M^me^ Richardson, a été atteint. Elle nous a d'ailleurs expliqué ce qu'est une équipe d'intervention affirmative :

> *[...] Il s'agit d'une petite équipe multidisciplinaire composée de neuf à quinze personnes. Elle s'occupe particulièrement des quelque 1 500 patients du système de services de santé mentale qui ont une maladie mentale grave ou qui risquent plus particulièrement de perdre contact avec les services ou de ne plus communiquer avec leurs travailleurs principaux. Ce groupe particulier d'utilisateurs de services compte parmi ceux qui posent le plus de défis. Ils ont habituellement une longue histoire, une maladie mentale grave, sont atteints de schizophrénie, par exemple. Il s'agit assez souvent d'itinérants, sans domicile fixe.*
>
> *L'équipe d'intervention affirmative commence son travail après une période d'admission. Par exemple, généralement, un utilisateur de services est admis à un hôpital psychiatrique, reçoit un traitement pendant un certain temps et suit un plan d'intervention. L'équipe d'intervention affirmative assure un suivi, de façon assez affirmative, comme son titre l'indique. Elle rend visite à la personne chez elle; si la personne ne se rend pas à un rendez-vous, elle vérifie ce qui s'est passé. Ses membres peuvent rencontrer l'utilisateur de services, le patient, à l'endroit de son choix. Nous connaissons des équipes d'intervention affirmative qui travaillent à la buanderie du coin, et ces travailleurs*

essaient de faire en sorte que l'utilisateur de services suive son plan d'intervention et ne s'isole pas.

En plus des grands organismes, on trouve habituellement des fournisseurs indépendants dans la plupart des localités. Bien souvent, ce sont des organismes du secteur bénévole qui font partie d'organisations nationales. Le secteur privé peut aussi être actif sur la scène locale, surtout dans un rôle de fournisseur d'installations sécuritaires et d'installations répondant à des besoins spéciaux. De même, il y a des propriétaires privés qui offrent des logements spécialisés aux personnes qui ont des besoins en santé mentale dans certaines régions.

3.3.1 Les resources humaines

Le Royaume-Uni fait toujours face à de sérieux problèmes de recrutement et de maintien en poste de travailleurs de la santé mentale. Les importantes pénuries de personnel, surtout de psychiatres et d'infirmières et d'infirmiers dans les hôpitaux, continuent d'avoir des conséquences majeures sur le leadership clinique et sur la qualité des soins offerts. Comme nous l'avons indiqué précédemment, les problèmes de recrutement et de maintien du personnel entraînent le recours à un nombre élevé d'employés temporaires et à du personnel d'agences. Toutefois, les expériences locales varient selon les conditions de travail, les stratégies de recrutement et l'attrait qu'exercent certaines organisations et localités.

En 2000, le Secrétaire d'État à la Santé parlé, devant un comité parlementaire, des pénuries d'infirmières et d'infirmiers, de psychiatres et « d'autres personnels spécialisés » mais il a ajouté que la situation variait aux niveaux local et régional et que les chiffres sur le nombre de postes vacants en soins infirmiers en santé mentale (2,1 p. 100) étaient inférieurs au nombre de postes vacants en soins infirmiers généraux (2,6 p. 100). Dans son témoignage devant ce même comité, le Royal College of Psychiatrists a estimé qu'en moyenne, le taux de vacances pour les psychiatres consultants est d'environ 15 p. 100.

Une étude menée en 2003 par la *Commission for Health Improvement* (Commission sur l'amélioration de la santé – CAS) indique que plusieurs employés permanents travaillent de trop longues heures. La Commission a aussi été impressionnée par l'engagement et le dévouement du personnel clinique, non clinique et chargé d'administrer des soins, à offrir des soins de haute qualité aux usagers dans l'ensemble du secteur, bien que plusieurs employés aient été soumis à des pressions considérables dans des milieux de travail difficiles.

3.3.2 Les services aux minorités

Le rapport sur la santé mentale et l'exclusion sociale précise qu'au Royaume-Uni :

- les membres de groupes minoritaires ethniques sont six fois plus susceptibles d'être détenus en vertu du Mental Health Act (loi sur la santé mentale) que les Blancs;
- on estime que l'on diagnostique deux fois plus de troubles psychotiques chez les Afro-antillais que chez les Blancs, même s'ils sont trois à cinq fois plus susceptibles que ces derniers d'être admis dans les hôpitaux après un diagnostic de schizophrénie;

- les femmes sud-asiatiques nées en Inde et en Afrique de l'Est présentent des taux de suicide qui sont 40 p. 100 plus élevés que celles nées en Angleterre et au pays de Gales.

Les données statistiques présentées par la British Psychological Society dans son témoignage devant le *Select Committee* sur la santé en 2000 soulignent la tendance chez les patients de minorités ethniques à tarder pour obtenir des services : ils attendent que la maladie se soit aggravée et risquent davantage d'être hospitalisés. D'autres témoins ont indiqué que les services offerts aux minorités visibles sont souvent « inappropriés » ou « dépourvus d'humanité ». Certains groupes minoritaires sont également sous-représentés dans les services. Par exemple, les femmes de communautés sud-asiatiques recourent moins que la moyenne aux services de santé mentale officiels et affichent un taux de suicide supérieur à la moyenne.

Les motifs avancés par les témoins devant ce comité du Parlement britannique pour expliquer que les membres de minorités ethniques ont moins souvent recours aux services de santé mentale diffèrent grandement de celles qui caractérisent les patients de race blanche et sont de deux ordres : les services ne seraient pas adaptés et les fournisseurs de services ne comprennent pas les besoins des patients de minorités visibles. Le *Select Committee* s'est dit préoccupé par la lenteur des changements bien que ces problèmes soient connus depuis quelques années déjà.

3.4 PROMOTION ET PRÉVENTION

3.4.1 La lutte à la stigmatisation et à la discrimination

Comme nous l'avons indiqué précédemment, la première norme du Cadre national de service en matière de santé mentale vise à faire en sorte que les services de santé et les services sociaux fassent la promotion de la santé mentale et de la lutte à la discrimination et à l'exclusion sociale. M^me^ Richardson a indiqué au Comité que son gouvernement avait débuté le tout

> *... en mars 2001, par une campagne nationale intitulée « Mind Out for Mental Health ». Par cette campagne, nous voulions lutter contre la stigmatisation et la discrimination auxquelles se heurtent les personnes qui ont des problèmes de santé mentale. La campagne visait à favoriser leur inclusion dans la société.*

Cette campagne, qui a duré trois ans, s'est terminée en mars 2004. Dans le rapport sur la santé mentale et l'exclusion sociale, on apprend qu'elle a surtout donné lieu à l'instauration d'un « bureau de porte-parole » composé de plus de 40 personnes ayant une expérience des troubles en santé mentale et qui ont été formées pour faire part de leur expérience aux médias et aux employeurs. L'évaluation réalisée au terme du programme a révélé que ces ambassadeurs avaient donné un côté « humain et personnel » à la campagne et que les idées fausses avaient été mises à mal par ces témoins directs.

L'autre projet de lutte à la stigmatisation, la campagne « Changing Minds » (Changer d'esprit) du Royal College of Psychiatrists, s'est terminée à la fin 2003, après avoir été lancée cinq ans plus tôt. Un certain nombre d'organismes bénévoles poursuivent d'ailleurs cette campagne et, au sein de l'appareil gouvernemental, c'est l'Institut national de santé mentale (NIMHE) qui est chargé de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées à la santé mentale.

Malgré les efforts considérables déployés en Angleterre pour lutter contre la stigmatisation, on note cependant, dans le rapport sur la santé mentale et l'exclusion sociale, que cette campagne n'est pas toujours bien coordonnée et qu'elle a été essentiellement axée sur l'information et la sensibilisation du public plutôt que sur les changements de comportement. Le rapport conclut que les deux principales leçons qu'il faut retenir de la campagne « Mindout » sont : la nécessité de disposer de stratégies de financement à long terme et la nécessité de conduire une évaluation solide. Le même rapport cite un examen documentaire contenu dans un document international qui a été commandé par le NIMHE et qui constate que le niveau moyen de dépenses au chapitre de la sensibilisation à la santé mentale en Angleterre est inférieur et qu'il s'étale sur moins longtemps que dans les pays administrant des programmes qui donnent de meilleurs résultats (voir le tableau ci-dessous). Bien que le rapport qualifie la stigmatisation et la discrimination de plus importants obstacles à l'inclusion sociale des personnes souffrant de problèmes de santé mentale, il conclut que, malgré les campagnes menées jusqu'alors, on n'a pas constaté de changement marqué d'attitude.

DÉPENSES INTERNATIONALES DANS LES CAMPAGNES SUR LA SANTÉ MENTALE, PAR HABITANT (POPULATION GÉNÉRALE)*

Mindout for mental health	1,44 pence
See Me, Scotland**	13 pence
Like Minds, Like Mine, New Zealand	1 $NZ1 (environ 36 pence)

* Les chiffres sont une approximation des dépenses globales divisées par la population, les dépenses annuelles moyennes étant établies pour la durée de la campagne. La livre britannique, qui vaut environ 2,43 $CAD, comporte 100 pence.

** Voir le cadre ci-dessous.

La nouvelle stratégie décrite dans le rapport en vue de lutter contre la stigmatisation et la discrimination part donc de l'hypothèse selon laquelle, pour véritablement composer avec les problèmes de santé mentale, il faut recourir à plus qu'une solution médicale. Le rapport soutient notamment qu'il faut obtenir de la société qu'elle réagisse positivement aux besoins des particuliers et à la promotion du bien-être mental. Pour y parvenir, il fixe un plan d'action en 27 points qui vise à coordonner l'action des ministères et des autres organismes concernés en vue de modifier les attitudes, de permettre aux gens de réaliser leurs aspirations et d'améliorer les possibilités et la situation globale de ce groupe d'exclus.

LA CAMPAGNE ÉCOSSAISE *SEE ME*

See Me est une campagne de lutte contre la stigmatisation, administrée par un regroupement de cinq organisations écossaises de santé mentale, qui est financée par la branche exécutive de l'Écosse. Lancée en octobre 2002, elle est un élément important du programme national d'amélioration de la santé mentale et du bien-être. Elle est dotée d'un budget de 3 millions de livres sur quatre ans (jusqu'en 2005-2006). Elle est notamment le produit de consultations poussées avec des personnes qui ont connu les affres de la maladie mentale. Bien que d'envergure nationale, elle s'appuie sur des activités locales et repose sur de la publicité multimédia ainsi que sur l'intervention, auprès des médias, de porte-parole qui ont eux-mêmes eu des problèmes de santé mentale. *See Me* comporte un volet sur la stigmatisation qui consiste à inciter la population à réagir aux attitudes et aux propos discriminatoires relevés dans les médias. La reconnaissance de la campagne est régulièrement de 28 p. 100.

Le plan comporte un programme destiné à lutter contre les attitudes négatives et à sensibiliser la population aux droits des gens. Ce nouveau programme de lutte contre la stigmatisation a fait l'objet d'un investissement de 1,1 million de livres par le ministère de la Santé et d'un financement additionnel provenant d'autres ministères. Il sera orchestré par le NIMHE et, selon le rapport :

- il sera fondé sur les expériences internationales qui ont donné des résultats et sera inspiré des leçons tirées de campagnes de promotion antérieures dans le domaine de la santé et de la santé mentale;
- il ciblera des auditoires clés, surtout les employeurs, les jeunes et les médias;
- il proposera des messages cohérents et éprouvés, sous une seule et même bannière;
- il fera la promotion de la contribution que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale peuvent apporter à la société;
- son avenir sera assuré par un financement suivi;
- il traitera des questions d'ethnicité et de questions propres à chacun des sexes;
- il proposera un cadre et des documents d'appui au travail local par l'accent placé sur les questions particulières auxquelles sont confrontées les communautés démunies;
- il sera clairement évalué à la faveur de sondages réguliers.

3.4.2 La prévention du suicide

L'Angleterre s'est doté d'une stratégie nationale en matière de prévention du suicide en 2002. Celle-ci visait à réduire d'au moins un cinquième d'ici 2006 le nombre de décès par suicide et de blessures de causes indéterminées, objectif qui a été repris d'un livre blanc du gouvernement en 1999 et intitulé *Saving Lives: Our Healthier Nation.*

La stratégie est perçue comme un ensemble d'activités permanentes et coordonnées se voulant complètes, fondées sur des constats, spécifiques et sujettes à évaluation. Elle fera partie des programmes de base de l'Institut national de la santé mentale (NIMHE). La stratégie énonce six objectifs assortis chacun de plusieurs sous-objectifs spécifiques. L'encadré ci-après présente justement les objectifs et sous-objectifs en question.

M^me^ Richardson a indiqué au Comité que la stratégie semblait porter fruit :

> *Le premier rapport d'étape relatif à la stratégie a été publié l'an dernier. Le rapport était encourageant en ce sens que le taux de suicide est à la baisse. Les données des deux dernières années montrent qu'il est au plus bas niveau jamais atteint. La moyenne sur trois ans pour 2000 à 2002 était le plus bas niveau par rapport au niveau de référence que nous avons établi en 1995. À l'heure actuelle, le taux est de 8,9 décès par 100 000 habitants. C'est un taux qui se compare assez favorablement avec le taux européen, qui s'élevait à 8,8 selon les dernières données, si je ne m'abuse*

STRATÉGIE NATIONALE DE PRÉVENTION DU SUICIDE EN ANGLETERRE

OBJECTIF 1 Réduire le risque chez les groupes à haut risque.

- Réduire le nombre de suicides chez les personnes qui sont ou ont été récemment en contact avec des services de santé mentale.
- Réduire le nombre de suicides dans l'année suivant une tentative délibérée d'automutilation.
- Réduire le nombre de suicides chez les jeunes hommes.
- Réduire le nombre de suicides chez les prisonniers.
- Réduire le nombre de suicides dans les groupes professionnels à haut risque.

OBJECTIF 2 : Promouvoir le bien-être mental au sein de la population en général.

- Promouvoir la santé mentale des exclus sociaux et des démunis.
- Promouvoir la santé mentale auprès des personnes appartenant aux minorités noires et ethniques, notamment auprès des femmes asiatiques.
- Promouvoir la santé mentale chez les personnes qui consomment des drogues ou de l'alcool à mauvais escient.
- Promouvoir la santé mentale chez les victimes et les ex-victimes de violence, notamment chez ceux et celles ayant subi des actes de violence sexuelle dans leur enfance.
- Promouvoir la santé mentale auprès des enfants et des adolescents (de moins de 18 ans).
- Promouvoir la santé mentale auprès des femmes pendant et après une grossesse.
- Promouvoir la santé mentale auprès des personnes âgées.
- Promouvoir la santé mentale chez les personnes endeuillées par un suicide.

OBJECTIF 3 Réduire l'accessibilité et la létalité des méthodes de suicide.

- Réduire le nombre de suicides par pendaison ou strangulation.
- Réduire le nombre de suicides par auto-empoisonnement.
- Réduire le nombre de suicides par inhalation de gaz d'échappement de véhicule.
- Réduire le nombre de suicides sur les voies ferrées.
- Réduire le nombre de suicides par des sauts dans le vide.
- Réduire le nombre de suicides par armes à feu.

OBJECTIF 4 Améliorer la façon dont les comportements suicidaires sont traités dans les médias.

- Faire la promotion d'une représentation responsable des comportements suicidaires dans les médias.

OBJECTIF 5 Promouvoir la recherche sur le suicide et la prévention du suicide.

- Améliorer les données de recherche sur la prévention du suicide.
- Diffuser les données actuelles sur la prévention du suicide.

OBJECTIF 6 Améliorer le suivi des progrès réalisés en fonction de l'objectif énoncé dans *Saving Lives: Our Healthier Nation* afin de réduire le nombre de suicides.

- Assurer un suivi des statistiques sur le suicide au regard des objectifs principaux et secondaires de la stratégie.
- Évaluer la stratégie nationale en matière de prévention du suicide.

3.5 PERSPECTIVES DE RÉFORME

Bien que les services de santé mentale en soient maintenant à mi-chemin du programme de dix ans décrit dans le cadre du National Service Framework (NSF), plusieurs interrogations demeurent quant à la possibilité de réaliser les ambitieux objectifs établis au début. Certaines questions restent sans réponse à propos des points faibles hérités du passé et des répercussions des changements déjà amorcés. Par exemple, en 2000 le Comité spécial des Communes sur la santé a dit du système qu'il était une « courtepointe en patchwork » comportant d'énormes variations en matière de normes de services et de méthodes de prestation de services dans l'ensemble du pays. En 2003, la Commission pour l'amélioration de la santé concluait que l'héritage historique de négligence des services de soin de santé n'avait toujours pas été surmonté.

Le débat a toujours cours relativement à l'orientation de la réforme et à la mise en œuvre de changements concrets au sein de l'organisation de même que la prestation de services. Des rapports récents font état de préoccupations concernant la priorité accordée à la santé mentale dans le système de santé et le recours au processus de commande pour les services

de santé mentale. Il semble que l'on insiste davantage sur le secteur des soins actifs, particulièrement en vue de parvenir à réduire les périodes d'attente et d'ouvrir les choix offerts aux patients, ce qui fait des objectifs en santé mentale du NSF et du SNS des points relativement mineurs dans la liste des priorités.

Le transfert du pouvoir de commander les services de santé mentale aux groupes de soins locaux, afin de récupérer tous les avantages associés à ce type de changement, continue de faire problème. Il a surtout été question de la dilution de l'expertise entre un grand nombre de centres de commande. Malgré les développements positifs constatés au sein de ces centres, plusieurs observateurs soutiennent qu'il reste encore beaucoup à faire en matière d'efficacité. Dans le domaine de la santé mentale, le processus de commande semble particulièrement irrégulier et sous-développé.

Dans un rapport récent, le Centre Sainsbury fait état d'un système soumis à des pressions diverses qui, collectivement, entraînent une remise en question de la capacité de donner suite au programme de réforme du gouvernement. Le rapport précise aussi que la situation financière de nombreux fournisseurs de soins de santé mentale est précaire. En conclusion, il y a des écarts importants entre les exigences pour la mise en oeuvre d'une politique nationale et la disponibilité des ressources pour y parvenir.

3.6 OBSERVATIONS DU COMITÉ

Les membres du Comité ont été très impressionnés par l'ampleur de la planification réalisée en Angleterre depuis l'adoption du Cadre national de services en matière de santé mentale, en 1999, surtout par la planification sur 10 ans et par l'adoption des normes précises destinées à encadrer la prestation des services.

Le Comité a également été frappé par le rôle important des équipes locales de mise en œuvre créées pour appliquer le cadre en l'adaptant aux conditions locales de même que par les nouveaux groupes de soins primaires qui se veulent des fournisseurs locaux uniques de services de santé mentale. Dans le même ordre d'idée, le Comité a été impressionné par la décision de mettre sur pied une branche distincte chargée de la mise en œuvre du cadre, l'Institut national de santé mentale (NIMHE), qui a pour tâche de contribuer à la formation, à la diffusion du savoir et à la propagation des pratiques exemplaires.

Le Comité n'a pas manqué de prendre note du défi énorme auquel le gouvernement est confronté en matière de financement et d'organisation de la réforme dans le secteur de la santé mentale. Nous avons aussi été impressionnés par tout le soin qui a été apporté en Angleterre à l'évaluation de réforme de la santé mentale, tant par les organismes gouvernementaux que par les organisations non gouvernementales.

On pourrait également conclure, d'après la récente expérience anglaise, que la pénurie de ressources humaines risque d'avoir de graves conséquences financières à court terme sur l'ensemble du réseau et de menacer l'aboutissement des plans de réforme. À cet égard, le Comité n'a pas manqué de remarquer que la formation des travailleurs en santé mentale, qui doivent contribuer à la prestation des services de soins primaires, est une initiative importante.

Enfin, le Comité a été impressionné par l'engagement soutenu à combattre la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes qui souffrent de troubles de santé mentale. C'est surtout l'ampleur des initiatives annoncées dans le rapport sur la santé mentale et l'exclusion sociale, en juin 2004 qui a retenu notre attention. L'expérience du Royaume-Uni nous montre aussi, malheureusement, qu'il n'est pas simple de changer les attitudes et qu'il faut, pour y parvenir, faire preuve de persévérance et déployer les ressources nécessaires. Le Comité a aussi remarqué que, récemment, la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide semblent avoir contribué à faire fléchir les taux de suicide en Angleterre.

CHAPITRE 4:
LES SOINS DE SANTE MENTALE AUX ÉTATS-UNIS[17]

4.1 HISTORIQUE ET APERÇU

Le système de soins de santé des États-Unis est unique en ce sens qu'il repose exclusivement sur le secteur privé, à la fois pour la prestation des services et pour la couverture des soins. Les sources privées, qui assument 55 p. 100 du financement des soins de santé, comprennent les assurances privées, les quote-parts des particuliers au chapitre des régimes publics et privés (17 p. 100) et d'autres sources (5 p. 100). La majorité des Américains sont assurés dans le cadre de régimes offerts par leurs employeurs.

Le gouvernement fédéral contribue à hauteur de 33 p. 100 environ aux dépenses totales de soins de santé, les gouvernements des États et les administrations locales assumant la différence (12 p. 100). L'administration et le bon fonctionnement de Medicare (régime d'assurance-maladie) sont assumés par le gouvernement national qui administre une assurance de soins de santé pour les personnes âgées. En collaboration avec les États, il finance Medicaid (pour les pauvres) ainsi que le State Children's Health Insurance Program (SCHIP), soit le programme d'État d'assurance-santé pour les enfants. Dans l'ensemble, le régime public d'assurance-santé couvre environ 24 p. 100 de la population américaine.

Medicare est un régime d'assurance-santé fédéral qui s'adresse aux 65 ans et plus, à certaines personnes de moins de 65 ans mais qui sont invalides de même qu'à des personnes atteintes de maladies rénales en phase terminale. Medicaid est un régime d'assurance-santé conjoint, gouvernement fédéral-États, fondé sur les moyens et qui est offert aux personnes à faible revenu. Le gouvernement fédéral assume de 50 à plus de 75 p. 100 de la note des différents États. Washington fixe également les lignes directrices nationales en matière d'admissibilité et de services de Medicaid. Toutefois, chaque État administre son propre programme et fixe les montants qu'ils assument pour chaque service. Tous les États sont tenus de respecter des critères minimums en matière d'admissibilité et de services obligatoires mais, dans le cadre d'une entente conclue avec le gouvernement fédéral, ils peuvent être plus généreux dans les niveaux d'admissibilité et les services offerts. Ce faisant, le programme Medicaid peut varier d'un État à l'autre.

---

17 À moins d'indication contraire, les renseignements contenus dans le présent chapitre proviennent des sources suivantes : *Mental Health: A Report of the Surgeon General* (1999), plus particulièrement le chapitre 6, « Organizing and Financing Mental Health Services »; département de la santé des services humains, *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action* (2001); The President's New Freedom Commission on Mental Health *Final Report* (juillet 2003) et *Interim Report* (octobre 2002); Tanner, Jane « Mental Illness Medication Debate, » *The CQ Researcher*, 6 février 2004, p. 109-118; Cunningham, Robert « The Mental Health Commission Tackles Fragmented Services: An Interview With Michael Hogan, » *Health Affairs*, Web Exclusive, 9 septembre 2003; Barry, Colleen L. et Jon R. Gabel, Richard G. Frank, Samantha Hawkins, Heidi H. Whitmore et Jeremy D. Pickreign « Design Of Mental Health Benefits: Still Unequal After All These Years, » *Health Affairs*, vol. 22, nº 5, septembre-octobre 2003, p. 127-37; Hogan, Michael F. « The President's New Freedom Commission: Recommendations to Transform Mental Health Care in America, » *Psychiatric Services*, vol. 54, nº 11, novembre 2003, p. 1467-1474; Mechanic, David et Scott Bilder, « Treatment Of People With Mental Illness: A Decade-Long Perspective, » *Health Affairs*, vol. 23, nº 4, juillet-août 2004.

4.1.1 La santé mentale

Pour reprendre le contenu d'un rapport récent de la President's New Freedom Commission on Mental Health (commission sur la santé mentale mise sur pied dans le cadre de l'initiative *Liberté nouvelle*), le système actuel de soins de santé mentale aux États-Unis est une relique faite d'éléments disparates qui nécessite une réforme dynamique parce qu'il *ne* dessert *pas* de façon appropriée les millions de personnes qui ont besoin de soins. Les analystes s'accordent à dire qu'il est difficile de décrire simplement le système américain de soins de santé mentale. En fait, dans son rapport, la Commission insiste sur le fait que le système de soins de santé mentale s'apparente davantage à un labyrinthe qu'à un système de soins coordonné.

Aux États-Unis, les troubles mentaux et les problèmes de santé mentale sont traités par tout un éventail de fournisseurs de soins qui travaillent dans divers établissements ou services – tant publics que privés – relativement indépendants et vaguement coordonnés que les chercheurs désignent collectivement sous le vocable de « système *de facto* des services en santé mentale ». Ces programmes existent dans tous les ordres de gouvernement et dans l'ensemble du secteur privé, et leur mission, leur cadre de réalisation de même que leur cadre financier varient de l'un à l'autre.

Chaque année, environ 15 p. 100 de la population adulte et 21 p. 100 des enfants et des adolescents aux États-Unis utilisent des services offerts dans le cadre du système *de facto*. On décrit généralement ce système comme un ensemble comportant quatre grandes composantes ou secteurs principaux :

- Le secteur des soins spécialisés de santé mentale regroupe les professionnels de la santé, comme les psychiatres, les psychologues, les infirmières psychiatriques et les travailleurs sociaux en psychiatrie qui ont reçu une formation spécialisée axée sur le traitement des personnes souffrant de troubles mentaux.
- Le secteur des soins médicaux généraux et des soins primaires regroupe les professionnels de la santé, comme les internistes généraux, les pédiatres et les infirmiers praticiens oeuvrant dans des cabinets, des cliniques, des hôpitaux de soins actifs et spécialisés en chirurgie et dans des maisons de soins infirmiers.
- Le secteur des services à la personne comprend les services sociaux, les services de counselling en milieu scolaire, les services de réadaptation en établissement, la réadaptation professionnelle, la justice pénale et les services en milieu carcéral, de même que les conseillers religieux professionnels.
- Le secteur du réseau de soutien bénévole, qui comprend les groupes d'entraide comme les programmes en 12 étapes et les pairs-conseillers, est une composante en croissance rapide du système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie.

Le système *de facto* des services en santé mentale se divise en outre entre secteur public et secteur privé. Dans ce contexte, le terme « secteur public » renvoie tant aux services fournis directement par des organismes gouvernementaux (comme les hôpitaux psychiatriques des États et des comtés) qu'aux services financés par des ressources gouvernementales (par ex., Medicaid et Medicare). Il arrive que des services financés par l'État soient fournis par des

organismes privés. Le terme « secteur privé » englobe les services fournis directement par des organismes privés et les services financés au moyen de ressources privées (comme les régimes d'assurance des employeurs).

La plupart des Américains (84 p. 100) sont assurés d'une façon ou d'une autre, le plus souvent par un régime privé offert par leurs employeurs. Cependant, l'efficacité de ce type d'assurance dans le cas des soins de santé mentale varie grandement d'un régime et d'un promoteur à l'autre. Le secteur public prend en charge les personnes qui n'ont pas d'assurance maladie, celles dont le régime d'assurance ne couvre pas les soins de santé mentale et celles qui ont atteint leur plafond d'indemnités dans le cadre de leur régime d'assurance santé.

Chaque secteur du système *de facto* réunit des programmes et des types de soins différents et utilise différents modes de financement. Selon la Commission présidentielle (ci-après *la Commission*), la fragmentation du système actuel n'est pas causée par le manque d'engagement ni de compétences des fournisseurs de soins mais découle plutôt de problèmes structuraux, financiers et organisationnels sous-jacents, dont les racines remontent aux années 50 lorsque les soins en établissement ont été abandonnés au profit des soins dans la communauté.

La désinstitutionnalisation, motivée par le désir des réformateurs d'assurer des services aux patients dans leur collectivité, a eu comme effet pervers de disperser la responsabilité entre les différents ordres de gouvernement et entre de multiples organismes. Le processus a débuté sous la présidence de Dwight D. Eisenhower, mais s'est accéléré lorsque le président John F. Kennedy a signé le Community Mental Health Centers Construction Act (loi sur la construction de centres communautaires de santé mentale) en 1963. Cette loi prévoyait la mise en place d'un mécanisme de financement pour les programmes locaux et avait comme objectif de réduire de moitié le nombre de malades internés dans les hôpitaux psychiatriques des États.

Cet objectif a été largement dépassé puisque, de nos jours, les hôpitaux n'ont plus que 40 000 lits pour malades mentaux, comparativement à quelque 550 000 en 1955. Malheureusement, la création des centres communautaires de santé mentale n'a pas donné les résultats escomptés. En effet, la moitié seulement des centres prévus ont été construits et le financement assuré par le fédéral n'a couvert que les sept premières années. En 1981, le programme des centres de santé mentale a été remplacé par une subvention globale pour la santé mentale.

En revanche, les collectivités n'ont pas accueilli les malades mentaux qui se sont retrouvés sur leur territoire et une petite partie seulement des économies réalisées grâce à la fermeture des hôpitaux d'État a pas été réinvestie dans des programmes communautaires. Darrel A. Regier, directeur de la recherche de l'American Psychiatric Association, a affirmé devant la Commission fédérale sur la santé mentale que les prisons et autres lieux de détention sont devenus les nouveaux établissements pour de nombreuses personnes souffrant de troubles mentaux graves, tandis que nombre d'autres malades ont été laissés à eux-mêmes et sont devenus des sans-abri.

À la même époque, M. William Emmet, coordonnateur de la campagne pour la réforme de la santé mentale aux États-Unis, déclarait à notre Comité :

> *À bien des égards, la désinstitutionnalisation a été une grande réussite. Bien des gens qui n'auraient pas dû se trouver en institution en sont partis et ont commencé à mener des vies productives — ou tout au moins à avoir des vies beaucoup plus intéressantes que celles qu'ils auraient menées en institution. Le problème qui s'est posé avec le temps, c'est que des gens qui autrefois auraient été placés en institution n'ont pas été nécessairement en mesure d'obtenir les services dont ils avaient besoin.*

Pour sa part, Michael Hogan, président de la Commission sur la santé mentale, devait ajouter :

> *... aucun de ceux qui oeuvrent dans ce domaine n'oserait prétendre un seul instant que nous devrions faire machine arrière. Le système des institutions n'est pas parvenu à joindre la plupart des gens. Dans les cas où il y est arrivé, ces gens étaient gardés à grands frais et n'ont pas vu leur condition s'améliorer. Ils avaient trois repas chauds par jour, un lit et des soins de santé, mais ils n'ont jamais pu vraiment vivre. Nous ne pouvons pas revenir à cette situation mais nous n'avons pas encore réglé le problème qui consiste à créer un système de soins bien organisé et suffisamment solide pour faire du bon travail.*

Les programmes Medicare et Medicaid ont été créés deux ans après le discours du président Kennedy. Au fil des ans, les États ont eu de plus en plus recouru à Medicaid pour les soins de santé mentale, ce qui a eu pour résultat que ce programme est devenu le plus important acheteur de soins de santé mentale aux États-Unis. Les critiques ont dit que les États avaient placé les soins de santé mentale sous l'ombrelle de Medicaid simplement parce que le gouvernement fédéral assume la moitié des frais sous la forme d'une contribution de contrepartie et paie jusqu'à 75 p. 100 des coûts dans les États les plus pauvres.

L'introduction de Medicaid a également contribué de trois façons au déclin des hôpitaux psychiatriques d'État. D'abord, Medicaid ne remboursait pas la plupart des soins offerts par ces établissements. Deuxièmement, ce régime ne payait pas pour les soins actifs dispensés dans les unités psychiatriques des hôpitaux généraux qui étaient devenus les emplacements de choix pour les traitements de courte durée. Enfin, Medicaid payait pour les soins dans les foyers d'accueil et une grande partie de l abaisse de fréquentation des hôpitaux psychiatriques d'État est attribuable au transfert de patients âgés des hôpitaux d'État à des foyers.

Aux États-Unis, les soins de santé mentale se distinguent des autres soins de santé parce qu'ils sont offerts dans le cadre de systèmes administrés par l'État ou par le comté qui sont conçus spécialement pour une catégorie donnée de maladie. Le gouvernement fédéral paie maintenant pour la plupart des services dispensés aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave, tandis que les États et les municipalités se chargent de subvenir à leurs besoins. Cependant, la majeure partie des ressources fédérales sont regroupées dans des programmes réguliers (par ex., Medicaid, Medicare, réadaptation professionnelle, logement) qui ne sont pas nécessairement adaptés aux exigences précises des soins de santé mentale et qui sont, le plus souvent, administrés par différentes agences gouvernementales. Pour cette

raison, les consommateurs et les familles sont souvent obligés de se débattre pour obtenir les services voulus.

Qui plus est, comme la fourniture des services de soins de santé mentale est maintenant dévolue aux cinquante États et aux centaines de comtés et de collectivités locales, la disponibilité de ces services varie largement d'un endroit à l'autre. Dans une entrevue, Michael F. Hogan devait déclarer à cet égard : « Quand vous avez vu un État, eh bien, vous n'en avez vu qu'un seul ».

Dernièrement, d'importants changements ont également été apportés dans le secteur privé, notamment à la suite de la mise en place du régime de soins gérés en tant que principal moyen d'organisation de la couverture dans le cadre des régimes d'assurance privée, dans le courant des années 90.

4.2 COÛTS ET FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

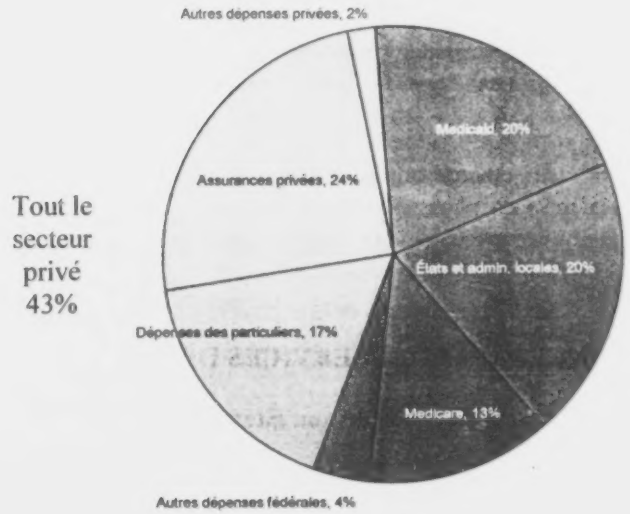
4.2.1 Les coûts de la maladie mentale aux États-Unis

La maladie mentale impose des coûts tant directs qu'indirects à l'économie. Ainsi, en 1990, l'économie américaine a subi une perte de près de 79 milliards de dollars à cause des *coûts indirects* de la maladie mentale (prise dans son ensemble). La plus grande partie de ce montant (63 milliards de dollars) reflète la perte de la productivité attribuable à la maladie. Cependant, les coûts indirects englobent également près de 12 milliards de dollars en frais liés à la mortalité (perte de productivité due au décès prématuré) et près de 4 milliards de dollars au titre de la perte de productivité dans le cas des détenus et des aidants naturels pour le temps que ces derniers consacrent aux soins à la famille.

En 1996, les États-Unis ont dépensé plus de 99 milliards de dollars pour le traitement *direct* des troubles mentaux de même que pour la toxicomanie, la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence. De ce montant, 69 milliards de dollars ont été consacrés au diagnostic et au traitement de la maladie mentale seule, soit 7 p. 100 de la totalité des dépenses en soins de santé cette année-là. Plus de 70 p. 100 des dépenses directes en santé mentale ont été affectées aux services de fournisseurs spécialisés tandis que le reste a été en majeure partie consacré aux fournisseurs de services médicaux généraux.

En 1997, dans l'ensemble, les sources publiques assumaient 57 p. 100 des dépenses en santé mentale tandis que les sources privées se chargeaient des 43 p. 100 restant (figure 1). Entre 1986 et 1996, les dépenses en santé mentale ont progressé à un rythme annuel moyen de plus de 7 p. 100, par rapport au taux global pour les soins de santé qui était, lui, supérieur à 8 p. 100. Selon le Directeur du Service de santé publique des États-Unis, cet écart est peut-être attribuable au fait que, pendant cette période, les méthodes de limitation des coûts des soins gérés ont été appliquées avec plus de rigueur dans le secteur des services de santé mentale. Les médicaments prescrits aux malades externes, soit environ 9 p. 100 de la totalité des coûts directs des services de santé mentale, sont au nombre des dépenses qui ont connu la hausse la plus rapide dans le secteur des services de santé mentale.

VENTILATION DES DÉPENSES PUBLIQUES ET PRIVÉES EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE, 1997



4.2.2 L'assurance santé mentale financée par l'État

Au cours des vingt dernières années, d'importants changements ont été apportés en matière d'attribution des responsabilités pour le paiement des coûts des soins de santé mentale aux États-Unis. Le rôle de chaque État dans le financement direct des soins de santé mentale a été réduit tandis que le financement des soins de santé mentale dans le cadre de Medicaid s'est relativement élargi. Cette situation est due en partie à l'aide financière importante que Washington consent aux États. Cependant, M. Emmet devait nous déclarer ce qui suit à ce sujet : « Medicaid est un programme d'assurance-maladie qui ne couvre cependant que [...] certains services approuvés et il dépend de contributions de contrepartie des États, que ces derniers ont de plus en plus de mal à verser en cette période de difficultés financières ». Cette réorientation a notamment comme conséquence que Medicaid assume maintenant la majeure partie des coûts des services de santé mentale aux États-Unis et que, de ce fait, il exerce une très grande influence sur la prestation des soins de santé mentale. Ces dernières années, les régimes d'assurance privés ont joué un rôle plus limité au chapitre du financement des services de santé mentale.

Le gouvernement fédéral offre une aide financière qui est spécialement destinée aux programmes de santé mentale. C'est notamment le cas du Community Mental Health Services Block Grant (programme de subventions globales aux services communautaires de santé mentale), financé par le Department of Health and Human Services (HHS) (ministère de la Santé et des Services sociaux), par le truchement de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (administration des services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie), qui offre une aide financière aux 59 États et territoires. Au total, l'aide financière accordée dans le cadre de ce programme s'est chiffrée à quelques 433

millions de dollars en 2002, mais ce montant représente moins de 3 p. 100 des revenus de ces agences d'État.

En fait, les grands programmes fédéraux qui ne sont pas axés sur les soins de santé mentale jouent un rôle beaucoup plus important au chapitre du financement des services de santé mentale. Par exemple, par le seul truchement des programmes Medicare et Medicaid, le ministère de la Santé et des services sociaux dépense près de 24 milliards de dollars chaque année pour la fourniture de soins de santé mentale aux bénéficiaires (cette proportion n'inclut pas la part des États au chapitre de Medicaid). En outre, les deux plus importants programmes fédéraux d'aide aux personnes atteintes d'une maladie mentale ne sont pas des programmes de services de santé. Il s'agit du Supplemental Security Income (SSI) (supplément de revenu garanti) et de la Social Security Disability Insurance (SSDI) (assurance invalidité de la sécurité sociale) administrés par la Social Security Administration (administration américaine de la sécurité sociale).

La hausse vertigineuse des coûts, surtout dans le cas des médicaments prescrits, impose des pressions énormes tant sur les particuliers que sur les États. La National Association of State Budget Officers (association nationale des agents de budget des États) a annoncé qu'en 2002, 25 États ont dépensé davantage pour les services Medicaid qu'ils ne l'avaient prévu dans leur budget et que 28 États prévoyaient une insuffisance de ressources lorsque les données de 2003 ont été produites. Le gouvernement fédéral est intervenu de façon ponctuelle et a injecté des fonds supplémentaires dans les programmes Medicaid des États : 10 milliards de dollars en tout versés l'an dernier et cette année. Selon le Federal Center for Medicare and Medicaid Services (centre fédéral des services Medicare et Medicaid), entre 1990 et 2000, les coûts des prescriptions assumés par Medicaid ont quadruplé, passant de 5,1 milliards de dollars à 20,9 milliards de dollars.

4.2.3 L'assurance santé mentale privée

La plupart des Américains (84 p. 100) sont assurés d'une façon ou d'une autre – dans la majorité des cas, ils le sont par une assurance privée offerte par leur employeur. Cependant, en ce qui concerne les soins de santé mentale, la couverture consentie par ces assurances varie beaucoup d'un régime et d'un promoteur à l'autre.

4.2.3.1 Les éléments de base de l'assurance santé mentale

La couverture offerte pour les services de santé mentale a toujours été plus limitée que celle disponible pour les autres soins médicaux. En règle générale, les régimes de soins médicaux prévoient des quotes-parts plus élevées et limitent davantage le nombre autorisé de journées d'hospitalisation et de consultations externes pour les soins de santé mentale. Ils prévoient aussi une couverture limitée pour les services de santé mentale (sous la forme de plafonds financiers annuels et maximums à vie.

Ces dernières années, des dispositions législatives réglementant les assurances et des changements fondamentaux apportés dans la fourniture des services de santé mentale ont eu pour effet de modifier l'environnement dans lequel s'effectuent les achats et les ventes dans le domaine de l'assurance santé mentale. Les lois déposées au Congrès et dans de nombreux autres organes législatifs aux États-Unis, vise à réglementer la parité pour gommer les écarts

entre la couverture assurée pour les soins de santé mentale et celle prévue pour d'autres problèmes de santé. Toutefois, les efforts déployés jusqu'à présent pour parvenir à la parité n'ont pas tous abouti puisque le Congrès, par exemple, n'a pas encore adopté de loi dans ce sens.

Dans le même ordre d'idée, les soins gérés ont transformé la fourniture des services de santé mentale au cours des dix dernières années. De nos jours, il n'est pas rare que les employeurs et les administrateurs des régimes de soins de santé confient l'administration des indemnités pour maladie mentale à des organismes spécialisés de soins gérés de santé comportementale (MBHO). Ainsi, on fait appel à une expertise spécialisée pour la gestion de l'utilisation et pour l'orientation des soins afin d'assurer la prestation de traitements efficaces dans les réseaux de fournisseurs. On dit que la santé mentale est le seul secteur des soins de santé où les soins gérés ont effectivement permis de contrôler les coûts.

Selon un sondage récent, en 2002, 98 p. 100 des travailleurs américains ayant une assurance santé de l'employeur bénéficiaient d'une couverture pour des services de santé mentale. Quatre-vingt-seize pour cent des travailleurs assurés avaient une assurance hospitalisation pour des soins de santé mentale tandis que 98 p. 100 d'entre eux avaient une assurance pour des services de santé mentale en consultation externe. Entre 1991 et 2002, la proportion des travailleurs détenteurs d'une assurance santé à qui des indemnités pour cause de maladie mentale ont été offertes a, en fait, augmenté.

Cependant, bien que la plupart des travailleurs ayant une assurance santé générale se soient vu offrir une couverture pour des services de santé mentale en 2002, les entreprises ont continué de plafonner les indemnités consenties pour maladie mentale. Ces dernières années, l'administration fédérale et les États ont adopté des lois sur la parité dans le dessein de mettre un frein aux limites imposées par les assureurs. Malgré tout, à cause de lacunes dans les lois sur la parité édictées par le gouvernement fédéral et par les États, des différences persistent entre les indemnités pour cause de maladie mentale et les indemnités pour cause de maladie générale. Les données disponibles indiquent que 74 p. 100 des travailleurs assurés avaient droit à une consultation externe par an et que 64 p. 100 d'entre eux avaient droit à un jour d'hospitalisation par an. Bien que, par le passé, les administrateurs des régimes d'assurance santé se soient efforcés de limiter les coûts en exigeant que les souscripteurs versent une quote-part supérieure au point de service pour les soins de santé mentale que pour les autres services médicaux, un sondage récent révèle qu'en 2002, 22 p. 100 seulement des travailleurs assurés bénéficiaient d'une participation accrue au titre des indemnités pour cause de maladie mentale.

4.2.3.2 L'organisation de l'assurance santé mentale privée

Les soins gérés ont grandement modifié l'organisation et la fourniture des services de santé mentale. Comme nous venons de le voir, les entreprises sont de plus en plus nombreuses à confier l'administration des indemnités pour cause de maladies mentales à des sociétés spécialisées. Ces organisations ont recours à une expertise spécialisée pour établir des réseaux de fournisseurs, négocier des contrats à rabais en fonction du volume, établir des protocoles de traitement fondés sur les résultats et élaborer d'autres programmes d'encouragement pour la gestion de l'utilisation et des coûts.

Les organisations de soins de santé intégrés (HMO) ont été la première forme de soins gérés. Elles ont instauré la négociation de contrats portant sur la fourniture de l'ensemble des services médicaux dans le cadre d'un régime de coûts prépayés, calculés par tête. Aujourd'hui, il existe un certain nombre de types différents de soins gérés, par exemple les Preferred Provider Organizations (PPO) (organismes dispensateurs de services à tarifs préférentiels) [dans le cadre de programmes de soins gérés, des contrats sont conclus avec des réseaux de fournisseurs de services] et les programmes Point-of-Service (POS) (programmes au point de service), qui sont des programmes de soins gérés présentant des caractéristiques à la fois du paiement par capitation et du paiement à l'acte. En 1988, l'assurance fondée sur le paiement à l'acte était encore la principale méthode utilisée dans le secteur des soins de santé mais, de nos jours, la majorité des Américains sont couverts par des ententes concernant les soins gérés (programmes des HMO, des PPO ou des POS).

Dans le cadre des programmes de soins gérés de santé comportementale dits « sur mesure », certains éléments du risque assuré – défini par service ou par maladie – sont séparés du risque assuré global et couverts dans le cadre d'un contrat distinct conclu entre le payeur (l'assureur ou l'employeur) et le fournisseur retenu. D'après les données, le tiers environ des détenteurs d'une assurance santé de l'employeur se seraient vu offrir une assurance santé mentale dans le cadre de tels contrats sur mesure. Il est établi que la formule des soins gérés permet de réduire les coûts des services de santé mentale, mais on commence tout juste à étudier dans quelle mesure les techniques de réduction des coûts de soins gérés influent sur l'accès et sur la qualité des services.

D'aucuns craignent en effet que les stratégies restrictives visant à endiguer les coûts, associées aux diverses mesures destinées à inciter les fournisseurs et les établissements à réduire le nombre de patients aiguillés vers des spécialistes, le nombre d'admissions en milieu hospitalier ainsi que la durée ou l'importance des traitements dispensés, ne contribuent à une dégradation de l'accès à des soins de qualité. L'autorisation préalable est une autre caractéristique organisationnelle des soins gérés de santé comportementale. Certes, si elle peut avoir pour résultat d'inciter les omnipraticiens à appliquer des protocoles fondés sur l'expérience clinique, l'autorisation préalable risque aussi d'influer sur le niveau d'utilisation. Suivant les règles d'autorisation préalable, les médecins doivent obtenir l'autorisation des responsables de l'assurance santé ou du fournisseur du contrat sur mesure avant de prescrire un traitement. En 2002, la moitié des travailleurs assurés étaient tenus d'obtenir une autorisation avant d'utiliser des services spécialisés de santé mentale en consultation externe.

En outre, malgré la hausse des soins gérés et des programmes de soins de santé comportementale sur mesure, les employés continuent d'assumer eux-mêmes une part des coûts des services de santé mentale qui plus élevée que pour toute autre maladie. La seule indemnité pour cause de maladie mentale qui demeure sur le même pied que l'assurance médicale générale est la couverture pour les médicaments prescrits (bien que cela soit peut-être dû au fait que les médicaments psychotropes font désormais partie de l'ensemble des avantages sociaux de Medicaid et qu'ils ne sont pas visés par les contrats sur mesure). Les médicaments psychotropes prescrits dans les services de consultations externes représentent le coût qui connaît la croissance la plus rapide dans le secteur des soins de santé mentale. D'après une étude récente, le coût des médicaments prescrits a augmenté, passant de 22 p. 100 des dépenses totales pour les soins de santé mentale en 1992 à 48 p. 100 en 1999 chez les détenteurs d'une assurance santé de l'employeur.

En résumé, le plafonnement des restrictions aux indemnités combinée à des techniques solides de soins gérés pour le contrôle de l'utilisation ont contribué à réduire la croissance des dépenses en santé mentale comparativement à l'ensemble des dépenses en santé; cependant, ces mesures pourraient également causer des problèmes sur le plan de l'accès. À cet égard, M. Hogan nous a fait remarquer ce qui suit :

> *Les soins gérés, s'ils sont financés de façon adéquate et bien pratiqués, semblent être la meilleure approche. Le problème est que souvent, aux États-Unis, ils ne sont pas financés de façon adéquate, et si l'on s'y prend mal, cela devient un désastre.*

4.3 ORGANISATION ET FOURNITURE DES SERVICES

Comme nous l'avons vu, dans son dernier rapport, la Commission sur la santé mentale a conclu que le système de fourniture des services de santé mentale aux États-Unis a besoin d'une sérieuse réforme. De nombreux consommateurs reçoivent des traitements et des services efficaces, mais ce n'est pas le cas pour tous et beaucoup font face à un système dans lequel les services disponibles sont fragmentés, assujettis à des règles et à des règlements financiers complexes et restreints par des lourdeurs bureaucratiques. M. Hogan devait d'ailleurs nous affirmer à cet égard :

> *Paradoxalement, il existe beaucoup plus de services maintenant qu'il y a une dizaine d'années, et ceux qui ont la bonne fortune d'y recourir s'en portent bien. Cependant, la multiplication de tous ces services fait que les choses se sont beaucoup compliquées à l'échelle communautaire, si bien que les familles ne savent pas à qui s'adresser quand un problème surgit. C'est l'inconvénient de la fragmentation.*

Le rapport de la Commission présidentielle laisse entendre que bon nombre de ces problèmes sont attribuables à la stratification de programmes multiples bien intentionnés mais sans aucune orientation, coordination, ni harmonisation globale. À cause de cette situation, les consommateurs se sentent souvent dépassés et déroutés lorsqu'ils doivent obtenir et intégrer des soins de santé mentale, des services de soutien et des prestations d'invalidité par le truchement des multiples programmes distincts qui sont offerts par divers organismes – qui fédéraux, qui des États et qui locaux – de même que par le secteur privé. Des rapports récents reconnaissent que les lacunes du système ont des conséquences tant inutiles que coûteuses, par exemple l'invalidité, l'itinérance, l'échec scolaire et l'incarcération. M. Hogan a décrit ainsi la situation :

> *Nous en sommes ainsi arrivés à une mosaïque de programmes où les soins de santé mentale relèvent d'une multitude d'organismes fédéraux différents. Ces organismes exercent généralement leur activité en collaboration avec l'organisme étatique correspondant. [...] Il existe donc des structures et des systèmes différents au niveau étatique et au niveau local qui assurent la prestation des soins, de sorte que les malades mentaux et leurs familles doivent essayer de s'y retrouver dans ce qui est*

devenu un véritable dédale de programmes, et ce, alors qu'ils sont généralement plus vulnérables.

Nombreux sont ceux qui reçoivent de bons soins et qui parviennent à se rétablir mais, dans les faits, selon le rapport de la Commission présidentielle,[18] aux États-Unis, environ une personne sur deux ayant besoin d'un traitement pour un problème de santé mentale ne le reçoit pas. En outre, il peut arriver que la personne qui parvient à accéder à des soins constate que de nombreux traitements et services ne sont tout simplement pas disponibles, notamment en milieu rural. Aussi, il peut arriver que la qualité des soins laisse à désirer. Il arrive parfois qu'un diagnostic ne soit pas établi comme il le devrait, que la médication soit mal dosée ou que la durée du traitement soit trop brève. Dans le cas des minorités ethniques et raciales, le taux de traitement est encore plus bas que dans la population générale et la qualité des soins est moindre.

D'un autre côté, un article récent soulignait que l'accès aux services aux États-Unis est en voie d'amélioration dans certains domaines, surtout pour les personnes souffrant de maladies mentales graves (MMG). Selon les auteurs David Mechanic et Scott Bilder :

> *La bonne nouvelle c'est que – contrairement au genre d'hypothèse que l'on pose fréquemment dans le milieu de la santé mentale – l'accès aux soins pour les personnes souffrant de MMG s'est amélioré, et tout indique que la situation s'est encore améliorée tout récemment, entre 1997 et 2001. Les personnes souffrant de MMG étaient plus susceptibles en 2001 qu'en 1997 de recevoir des services spécialisés en santé mentale, mais celles souffrant d'autres maladies mentales ou n'étant pas atteintes de telles maladies avaient plus difficilement accès à ces services. Comme les deux derniers groupes sont plus importants que celui des personnes souffrant de MMG, le fléchissement constaté au niveau agrégé pourrait contribuer à entretenir la perception que les services sont moins accessibles.*

Les deux auteurs font par ailleurs remarquer ce qui suit :

> *En outre, le nombre de fournisseurs de soins de santé mentale a considérablement augmenté. Bien que celui des professionnels traditionnels, comme les psychiatres et les infirmiers en psychiatrie n'aient connu qu'une augmentation modeste, force est de constater que les augmentations ont été importantes surtout dans le secteur de la psychologie et du travail social et que l'augmentation a même été très forte du côté du counselling et de la réadaptation psychosociale. L'effectif des professionnels s'occupant des patients (exprimé en équivalents temps plein) dans les organismes de santé mentale est passé de 347 000 en 1986 à 532 000 en 1998.*

---

18 *Interim Report*, p. 3.

4.3.1 Les soins généraux et primaires

Le secteur des soins médicaux généraux et des soins primaires regroupe les professionnels de la santé, par exemple les internistes généraux, les pédiatres et les infirmiers praticiens travaillant dans des cabinets, des cliniques, des hôpitaux de soins actifs et spécialisés en chirurgie et dans des maisons de soins infirmiers. Plus de 6 p. 100 de la population adulte aux États-Unis a recours au secteur des soins médicaux généraux pour obtenir des soins de santé mentale, ce qui donne une moyenne d'environ 4 consultations par an. Depuis longtemps, le secteur des soins médicaux généraux est considéré comme le premier point de contact pour de nombreux adultes atteints de troubles mentaux et environ la moitié des soins fournis pour des troubles mentaux courants sont prodigués dans des établissements de médecine générale. En fait, les fournisseurs de soins primaires prescrivent la majeure partie des médicaments psychotropes administrés tant chez les enfants que chez les adultes.

Les fournisseurs de soins primaires semblent en mesure de jouer un rôle fondamental pour le traitement des maladies mentales mais, d'après des rapports récents, des problèmes persistent sur les plans du dépistage, du traitement et de l'aiguillage. Malgré leur prévalence, il n'est pas rare que les troubles mentaux ne soient pas diagnostiqués ou qu'ils soient mal ou pas traités dans le secteur des soins primaires. Bien que le nombre de cas signalés soit en hausse, le nombre de diagnostics posés dans les services de soins primaires demeure faible et il n'est pas rare que ces services n'orientent pas les patients vers le secteur du traitement spécialisé en santé mentale.

4.3.2 Les soins spécialisés

Le secteur des soins spécialisés en santé mentale regroupe les professionnels de la santé mentale, par exemple les psychiatres, les psychologues, les infirmières psychiatriques et les travailleurs sociaux en psychiatrie qui ont reçu une formation spécialisée pour le traitement des personnes atteintes de troubles mentaux. À l'heure actuelle, les traitements spécialisés sont en grande partie fournis dans des services de consultations externes, comme des cabinets privés, ou dans des cliniques privées ou publiques. La majeure partie des soins actifs dispensés en milieu hospitalier est actuellement fournie dans des unités psychiatriques spéciales à l'intérieur des hôpitaux généraux ou dans des lits répartis dans les différentes unités des hôpitaux généraux. À cela s'ajoutent les soins intensifs fournis dans les hôpitaux psychiatriques privés et les centres privés de traitement en établissement pour les enfants et les adolescents. Les installations publiques comprennent les hôpitaux psychiatriques des États et des comtés de même que des établissements de santé mentale polyvalents qui, souvent, coordonnent un large éventail de services de consultations externes, de gestion intensive des cas, d'hospitalisation à temps partiel et de services aux hospitalisés. Dans l'ensemble, un peu moins de 6 p. 100 de la population adulte et environ 8 p. 100 des enfants et des adolescents (de 9 à 17 ans) utilisent des services spécialisés de santé mentale au cours d'une année

4.3.3 Les services à la personne

Le secteur des services à la personne comprend les services sociaux, les services de counselling en milieu scolaire, les services de réadaptation en établissement, la réadaptation professionnelle, la justice pénale et les services en milieu carcéral ainsi que les conseillers

professionnels religieux. Au début des années 80, environ 3 p. 100 des adultes américains ont utilisé les services de santé mentale offerts dans ce secteur.

4.3.3.1 L'emploi

Le taux d'emploi des personnes atteintes de maladie mentale est l'un des plus faibles parmi ceux et celles qui sont atteints d'incapacité aux États-Unis – seule une personne sur trois environ ayant un emploi. Le chômage demeure élevé malgré les sondages qui révèlent que la majorité des adultes souffrant de maladies mentales graves veulent travailler et que beaucoup de malades pourraient travailler s'ils recevaient une aide. Malheureusement, selon les rapports récents, la plupart des personnes atteintes de maladies mentales graves ne reçoivent absolument aucun service de réadaptation professionnelle.

Nombreuses sont les personnes souffrant de maladies mentales graves qui continuent de compter sur l'aide financière du gouvernement fédéral afin de conserver leur couverture pour soins de santé, même si elles désirent grandement avoir un emploi. Elles font face à un facteur dissuasif d'ordre financier, car si elles occupent un emploi à temps complet, elles n'ont plus droit aux prestations fédérales. Étant donné que la plupart des emplois auxquels ces personnes ont accès n'offrent pas de couverture pour les soins de santé mentale (d'après une vaste étude portant sur 8 États, seulement 8 p. 100 des personnes atteintes de maladie mentale ayant réussi à retourner à temps complet sur le marché du travail bénéficiaient d'une assurance santé mentale), elles doivent choisir entre l'emploi et la couverture. En conséquence, ces personnes dépendent de leur rente d'invalidité et de Medicaid (ou Medicare) mais elles préfèreraient travailler et être autonomes. En fait, elles composent la cohorte la plus importante – 35 p. 100 – des bénéficiaires des prestations d'aide au revenu versées par le gouvernement fédéral par le truchement du programme de sécurité sociale pour les personnes invalides, le Supplemental Security Income (SSI) (supplément de revenu garanti). À cet égard, M. Hogan devait préciser au Comité :

> *Quelle est la plus grosse dépense liée à la maladie mentale chez nous? Ce sont les paiements d'invalidité versés aux gens devenus invalides du fait de la maladie mentale. Nous leur envoyons un chèque chaque mois — pas assez pour vivre décemment. Cela revient à leur dire qu'ils doivent rester invalides pour bénéficier de ce chèque, ce qui est une situation terrible. Si nous leur donnions de meilleurs soins et si nous les aidions à trouver un travail — pas nécessairement un travail à plein temps, à raison de 40 heures par semaine — chacun s'en porterait beaucoup mieux.*

4.3.3.2 Le logement

Le manque de logements intégrés décents, sécuritaires et abordables est l'un des plus importants obstacles à la pleine participation à la vie communautaire qui se pose aux personnes souffrant de maladies mentales graves. Actuellement, des millions de personnes aux États-Unis atteintes de maladies mentales graves ne disposent pas d'un logement répondant à leurs besoins. À cause de la pénurie de logements abordables et de services de soutien connexes, les personnes souffrant de maladies mentales graves font la navette entre

les prisons, les établissements, les abris et la rue, elles restent plus longtemps que nécessaire en établissement ou elles demeurent dans des logements dangereusement insalubres. Les personnes souffrant de maladies mentales graves forment également une grande proportion des sans-abri à répétition ou de longue durée.

Sur plus de deux millions d'adultes américains qui ont été sans-abri pendant un temps au cours d'une année donnée, 46 p. 100 ont fait état d'un problème de santé mentale dans les douze mois ayant précédé leur itinérance. Une étude récente montre que les personnes qui comptent uniquement sur les prestations du programme SSI – ce qui est le cas de nombreuses personnes souffrant de maladies mentales graves – ont un revenu égal à seulement 18 p. 100 du revenu médian et qu'elles n'ont pas les moyens d'avoir un logement décent dans un des 2 703 marchés du logement définis par le U.S. Department of Housing and Urban Development (HUD) (ministère de l'Habitation et du Développement urbain).

Aux termes des politiques fédérales en matière de logement social, il peut être difficile pour des personnes ayant de mauvais antécédents de locataire, des problèmes de toxicomanie et des casiers judiciaires – autant de problèmes courants chez de nombreuses personnes atteintes de maladies mentales graves – de satisfaire aux exigences pour l'obtention d'une aide au logement ou d'unités de logement social.

4.3.3.3 Les services aux personnes incarcérées

Environ 7 p. 100 de tous les détenus aux États-Unis sont atteints d'une maladie mentale grave et la proportion des détenus souffrant de formes graves est encore beaucoup plus élevée. Aux États-Unis, les personnes atteintes de maladies mentales graves qui ont maille à partir avec le système de justice pénale sont souvent :

- pauvres
- sans assurance
- membres de groupes minoritaires en nombre disproportionné
- sans abri
- toxicomanes et en même temps atteintes de troubles mentaux.

Il est probable que ces personnes demeureront dans le cycle sempiternel du système de santé mentale, de la toxicomanie et de la justice pénale.

Il est fréquent que les personnes atteintes de maladies mentales ne reçoivent pas de services appropriés à leur cas après leur incarcération. Nombre d'entre elles perdent leurs droits à l'aide au revenu et aux prestations d'assurance santé dont elles ont besoin pour réintégrer la société après leur mise en liberté.

4.3.3.4 L'accès aux services en milieu rural

Pour de nombreux Américains souffrant de maladies mentales, qui vivent en milieu rural et dans les autres régions éloignées, l'accès aux soins est difficile, la disponibilité de fournisseurs de soins compétents est insuffisante, le revenu familial est faible et un stigmate social plus grand frappe les personnes qui doivent être traitées pour un problème de santé mentale,

comparativement à leurs homologues vivant en milieu urbain. En conséquence, les personnes ayant des besoins en santé mentale et résidant en milieu rural aux États-Unis :

- entament le processus de soins plus tard que leurs homologues urbains, une fois la maladie déjà bien installée;
- entament le processus de soins alors que les symptômes se sont aggravés, sont plus persistants et plus handicapants;
- nécessitent un traitement plus coûteux et intensif.

S'ajoute au problème de la disponibilité et de l'accès le fait que les Américains vivant en milieu rural ont un revenu familial inférieur et sont moins susceptibles d'avoir une assurance santé privée couvrant les soins de santé mentale que leurs homologues en milieu urbain. En outre, si la plupart des grandes villes où se trouvent des facultés de médecine regorgent de psychiatres, c'est loin d'être le cas dans les petites villes où ils sont en nombre insuffisant et pire encore en milieu rural où il n'y en a généralement pas.

4.3.3.5 Les services aux minorités

Des rapports récents indiquent que le système de santé mentale aux États-Unis ne suit pas le rythme des divers besoins des minorités raciales et ethniques et que, le plus souvent, il répond de façon insuffisante ou inappropriée aux besoins de cette clientèle. Par exemple, chez les Afro-américains, la schizophrénie est souvent sur-diagnostiquée tandis que la dépression est fréquemment sous-diagnostiquée. En règle générale, les rapports indiquent que, dans le cadre du système, on ne respecte pas ou l'on ne comprend pas les antécédents, les traditions, les croyances, les langues ni les systèmes de valeurs des groupes différents sur le plan culturel. L'incompréhension et la mauvaise interprétation des comportements ont eu des conséquences tragiques, y compris le fait que des membres des minorités ont été placés, à tort, entre les mains des systèmes de justice pénale ou du système judiciaire pour les jeunes. À ce sujet, voici ce que M. Emmet a indiqué au Comité :

> *Aux États-Unis, on constate que certaines communautés — les Afro-américains et les Latino-américains — font rarement appel aux systèmes de soins de santé quand il s'agit de maladies mentales. La stigmatisation y est pour beaucoup. Toutefois, on sait aussi qu'ils s'adressent aux églises et à d'autres organismes communautaires pour essayer de faire face à leurs problèmes.*

En conséquence, les Amérindiens, les autochtones de l'Alaska, les Afro-américains, les Américains d'origine asiatique, les insulaires du Pacifique et les Hispano-américains tendent à porter un fardeau excessivement lourd, par rapport aux autres groupes, pour ce qui est de l'incapacité due aux troubles mentaux. On ne saurait attribuer cette situation à la prévalence accrue ou à la gravité des maladies dans ces populations. Selon des rapports récents, le problème serait plutôt dû au manque de soins fournis à ces personnes et à la piètre qualité des soins offerts.

4.3.3.6 Les services aux enfants

Aux États-Unis, près de 21 p. 100 des enfants et des adolescents (de 9 à 17 ans) montrent des signes de détresse ou d'incapacité associés à un diagnostic précis et une invalidité minimale par rapport à une échelle d'évaluation globale. Presque la moitié de ce groupe (près de 10 p. 100 des enfants et des adolescents) a reçu un traitement dans un ou plusieurs secteurs du système de services de santé mentale *de facto*, le reste (plus de 11 p. 100 de la population) n'a reçu aucun traitement dans aucun des secteurs du système de soins de santé. Ainsi, la majorité des enfants et des adolescents atteints de troubles mentaux aux États-Unis ne reçoivent aucun soin. Toutefois, Mechanic et Bilder soulignent que, d'après les données disponibles, les enfants souffrant de problèmes de santé mentale reçoivent plus d'attention que par le passé. Ils citent plus particulièrement l'analyses de Sherry Glied et Alison Evans Cuellar des Enquêtes nationales de 1987 et de 1998 sur les dépenses médicales, analyse selon laquelle le nombre d'enfants traités pour de tels troubles a augmenté de 60 p. 100.

En outre, le General Accounting Office (GAO) (Bureau de comptabilité générale) a récemment publié un rapport mettant en exergue l'une des graves conséquences de l'état des services de santé mentale pour les enfants et les adolescents aux États-Unis. Il semble que des milliers de parents sont obligés de confier leurs enfants, année après année, à des organismes de protection de la jeunesse ou du système judiciaire pour jeunes afin qu'ils puissent obtenir les services de santé mentale dont ils ont besoin. Les parents qui ont épuisé leurs économies et leurs indemnités d'assurance santé doivent prendre une décision déchirante : renoncer à leurs droits de parents et briser leur famille afin que leurs enfants perturbés reçoivent des soins en santé mentale. D'après les estimations du rapport du GAO, en 2001, plus de 12 700 enfants ont dû être confiés – par leurs parents – à des organismes de protection de la jeunesse ou au système de justice pour jeunes, en dernier recours pour que ces enfants reçoivent les soins de santé mentale dont ils avaient besoin. Selon la Commission sur la santé mentale, ces chiffres sont probablement inférieurs à la réalité parce que 32 États, y compris les cinq États les plus grands, n'ont pu fournir de données sur le nombre d'enfants touchés.

D'après le rapport du GAO, plusieurs facteurs contribuent à la décision d'« échanger la garde contre des services », y compris :

- les restrictions des assurances santé publiques et privées;
- l'offre insuffisante de services de santé mentale;
- la disponibilité restreinte de services par le truchement des organismes de santé mentale et des écoles;
- les difficultés à satisfaire aux critères d'admissibilité aux services.

Ainsi, à cause du manque d'accès aux soins en santé mentale, des milliers de parents doivent abandonner la garde de leurs enfants atteints de troubles mentaux graves aux organismes d'aide sociale à l'enfance et aux centres de détention des jeunes seulement pour obtenir un traitement.

4.4 PROMOTION ET PRÉVENTION

Plusieurs projets ont été lancés aux États-Unis au titre de la promotion de la santé mentale et de la prévention de la maladie mentale, de l'abus de substances et de la toxicomanie. Ainsi, le Comité a appris que la National Association of State Mental Health Program Directors (Association nationale des directeurs de programme de santé mentale dans les États) est en train d'approuver un document de position réclamant l'adoption de politiques et de pratiques en matière de :

- promotion de comportements propices à une bonne santé mentale;
- détection des problèmes de santé mentale et d'interventions les plus précoce possibles;
- réduction de l'incidence des maladies mentales et du suicide;
- prévention de l'incapacité due à la maladie mentale et aux états de co-morbidité;
- prévention des états couramment associés à la maladie mentale, notamment les autres maladies, la consommation abusive de substances et les traumatismes.

Afin de mieux illustrer les efforts réellement entrepris dans ce domaine, nous allons à présent nous attarder sur la stratégie nationale de prévention du suicide.

4.4.1 La stratégie nationale de prévention du suicide

La National Strategy for Suicide Prevention (Stratégie nationale de prévention du suicide ou SNPS) est le résultat d'une série d'initiatives entreprises par des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux à la fin des années 90. Au début 2000, le secrétaire à la Santé et aux services sociaux a mis sur pied un groupe directeur au niveau fédéral, chargé de lancer la stratégie nationale en question.

Celle-ci poursuit les objectifs généraux suivants :

- Prévenir les morts prématurées dues au suicide à tous les âges.
- Réduire les taux d'autres comportements suicidaires.
- Réduire les effets délétères associés aux comportements suicidaires et les traumatismes qu'occasionne le suicide chez les membres de la famille et les amis.
- Cultiver les occasions et les lieux susceptibles d'améliorer le ressort psychologique, la débrouillardise, le respect et le sens de l'interdépendance pour les suicidaires, leurs familles et leur milieu.

Le document intitulé *Goals and Objectives for Action* (Objectifs d'action), publié en 2001, était destiné à présenter un ensemble d'objectifs principaux et secondaires et à proposer une feuille de route pour l'action. Celui-ci présente donc 11 objectifs principaux et 68 objectifs secondaires pour cette dimension de la stratégie nationale. Dans la prochaine phase de la SNPS, un ensemble d'activités sera élaboré pour chaque objectif secondaire.

Les objectifs principaux de la stratégie se présentent sous la forme d'énoncés généraux, de niveau supérieur, destinés à orienter la planification sur les différents thèmes abordés, en fonction du résultat visé. Les objectifs secondaires de la stratégie précisent les objectifs principaux en indiquant qui doit faire quoi, quand et où pour parvenir à l'objectif principal. Enfin, les activités précisent la façon dont les objectifs secondaires seront réalisés

Les onze objectifs principaux de la stratégie sont les suivants :

- Promouvoir l'idée que le suicide est un problème de santé publique pouvant être évité.
- Élaborer des moyens de soutien à la prévention du suicide qui reposent sur une assise large.
- Élaborer et mettre en œuvre des stratégies destinées à réduire la stigmatisation associée au fait que l'on fréquente les services de santé mentale, de traitement des toxicomanies ou de prévention du suicide.
- Élaborer et mettre en œuvre des programmes communautaires de prévention du suicide.
- Promouvoir les efforts déployés en vue de rendre plus complexe l'accès aux méthodes et moyens d'automutilation létaux.
- Organiser une formation axée sur la détection des comportements à risque et sur la prestation de traitements efficaces.
- Élaborer et promouvoir l'adoption de pratiques cliniques et professionnelles efficaces.
- Améliorer l'accès aux services de lutte contre l'abus de substances et aux services de santé mentale, et favoriser les liens au niveau communautaire.
- Améliorer la façon dont le comportement suicidaire, la maladie mentale et l'abus de substances sont présentés dans les médias de divertissement et d'information, et améliorer la façon dont les médias traitent de ces aspects.
- Promouvoir et financer la recherche sur le suicide et la prévention du suicide.
- Améliorer et étendre les systèmes de surveillance.

La stratégie nationale se veut un modèle que les États, les collectivités et les tribus souhaitant se doter de leur propre plan de prévention du suicide pourront appliquer ou modifier. Ainsi, la stratégie nationale proposerait un cadre d'action national, mais serait aussi un moyen d'aider les groupes locaux à faire en sorte que la prévention du suicide soit davantage prioritaire.

L'importante étape suivante envisagée dans le cadre de la stratégie nationale est la création d'une structure d'administration ou d'un organisme de coordination qui chapeautera l'ensemble des activités de prévention et fournira un mécanisme de mobilisation de la population. *Goals and Objectives for Action* donne une idée de ce à quoi pourrait ressembler cet organisme, produit d'un partenariat secteur public-secteur privé. Celui-ci pourrait se charger

de formuler un programme d'action, même si l'on se rend bien compte que, pour accélérer les choses, il faudra peut-être mener de front la mise sur pied de cet organisme et la préparation du programme d'action.

4.5 PERSPECTIVES DE RÉFORME

La President's New Freedom Commission sur la santé mentale, première commission présidentielle chargée de ce sujet en 25 ans, a publié son rapport final en juillet 2003. La création de la Commission a été annoncée par la Maison blanche en février 2001 dans le cadre d'un vaste plan d'action sur les handicaps multiples baptisée New Freedom Initiative. Cette initiative comportait dix propositions visant à abattre les barrières auxquelles se heurtent aujourd'hui les Américains ayant une déficience.

Étant donné que la présidence s'attarde rarement sur la santé mentale, la Commission s'est fixé comme objectif de galvaniser le changement à tous les niveaux et pas seulement au sein du gouvernement fédéral. Tirant profit de l'expérience de commissions passées, la New Freedom Commission s'est fixé pour but de favoriser le progrès par des changements échelonnés et progressifs au sein des grands programmes fédéraux comme Medicaid, Medicare et la sécurité sociale, plutôt que de viser des mesures de réforme chocs ou un soutien accru à divers programmes de santé mentale. Voici en quels termes M. Hogan nous a décrit la stratégie qui sous-tend ce rapport :

> *Ce que notre commission a fini par proposer reposait sur l'idée qu'il fallait essayer de contourner la notion de réforme ou de restructuration. Nous avions l'impression que la réforme était à l'origine du fouillis actuel et qu'il nous fallait trouver un nouveau concept ou un nouveau terme. Nous avons fini par opter pour le concept de transformation, qui nous a galvanisés. Nous ne savons pas exactement ce que cela veut dire, mais nous pensons que la transformation exige des mesures différentes à bien des niveaux différents. Le problème n'est pas que fédéral, et il ne faut donc pas compter que la sagesse va surgir de la capitale nationale et se répandre à l'échelle locale où les gens devront s'y adapter. Il faut aussi des mesures à l'échelle locale, et il faut des mesures de grande envergure et de moindre envergure, les mesures d'une portée très vaste et irréalisables ne suffisant pas. Ainsi, cela peut paraître mineur comme changement que de créer un contexte dans lequel les patients à titre individuel et leurs familles peuvent davantage décider eux- mêmes de leur traitement, mais ce changement pourrait avoir un effet beaucoup plus important, voire révolutionnaire, que des changements de plus grande envergure. Nous proposons l'idée d'une vision nationale des soins de santé mentale et l'établissement d'objectifs nationaux, qui serviraient, nous l'espérons, à motiver et à organiser les gens …*

En plus de son rapport provisoire (octobre 2002) et de son rapport final, la Commission a produit une série de rapports détaillés sur certains aspects des soins de santé mentale. Ces

rapports seront publiés ultérieurement en tant que documents de travail dans l'espoir que cela facilitera l'élaboration d'un programme d'action utile pour l'avenir.

Le rapport provisoire relève cinq obstacles majeurs aux soins :

- la fragmentation et les lacunes dans les soins aux enfants;
- la fragmentation et les lacunes dans les soins aux adultes souffrant de différentes maladies mentales;
- les taux élevés de chômage et d'incapacité chez les personnes souffrant de graves maladies mentales;
- le manque de soins aux personnes âgées souffrant de maladies mentales;
- l'absence de priorité nationale en santé mentale et prévention du suicide.

Toutefois, l'aspect du rapport provisoire qui semble avoir le plus attiré l'attention est la déclaration de la Commission selon laquelle le système est dans un état pitoyable. Certains estimaient que c'était aller trop loin, mais la Commission a maintenu son constat d'échec du système et pavé la voie à des recommandations bien senties que son rapport final allait contenir.

Le rapport final se caractérise par l'accent mis sur le rétablissement. M. Hogan a raconté que la Commission s'est inspirée d'une remarque de l'ex-première dame des États-Unis, Rosalynn Carter, pour adopter cette orientation :

> *M^me^ Carter nous a dit que nous avions un avantage dans notre réflexion qui n'existait pas il y a une génération. Le changement le plus important qui soit survenu, c'est que nous savons maintenant que le rétablissement est une possibilité pour n'importe quelle personne qui a une maladie mentale.*

Le rétablissement est considéré par la Commission comme un processus d'adaptation positive à la maladie et à l'incapacité, fortement lié à la conscience de soi et au sens de l'autonomisation susceptibles de conférer aux personnes souffrant d'une maladie mentale le moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et utile, malgré les contraintes imposées par leur état. Les membres de la Commission ont fait bloc autour de l'opinion selon laquelle toutes les personnes qui souffrent d'une maladie mentale devraient avoir la possibilité de s'améliorer et d'espérer. M. Hogan nous a précisé ce dont il retournait, dans son témoignage :

> *Il s'agit là d'une déclaration simple mais puissante qui recouvre plusieurs notions, de l'avis de la commission. Premièrement, les gens peuvent améliorer leur état de santé mentale même si, auparavant, on les considérait comme des «cas désespérés». Deuxièmement, même ceux qui ont une maladie grave qui les suivra pendant des années ils peuvent atteindre une bonne qualité de vie s'ils ont le soutien qu'il leur faut. Le*

rétablissement n'est pas nécessairement une guérison miraculeuse; il peut s'agir simplement de savoir bien composer avec une maladie dévastatrice. Troisièmement, s'il y a possibilité de rétablissement, c'est que l'espoir doit être une composante essentielle des soins en santé mentale, qui, de ce fait, ne seront plus aussi passifs et axés sur les soins d'entretien.

Dans son rapport, la Commission indique à quel point le système est fragmenté et reconnait que la réforme des soins de santé mentale est une tâche déconcertante, étant donné la complexité des changements à apporter. Pour la Commission, il est clair qu'aucune mesure de réforme unique n'engendrera le changement nécessaire, mais il est également clair que la réforme simultanée et à grande échelle de plusieurs programmes ne procurerait pas non plus le changement souhaité. Plus précisément, la Commission a insisté sur l'importance de formuler des plans de traitement individualisés bien que, comme M. Hogan nous l'a dit :

Nous ne savons pas exactement comment la chose pourrait se faire, mais nous sommes d'avis qu'il faut s'orienter vers des soins plus individualisés et davantage axés sur un effort personnalisé afin que la famille et le patient aient davantage leur mot à dire dans le plan de traitement. Ce que nous préconisons, ce n'est pas un pouvoir de décision absolue, mais plutôt un véritable partenariat avec les professionnels, au lieu que le rôle du patient se limite à recevoir le diagnostic et à subir les traitements.

Afin d'établir une liste restreinte de repères à respecter, la Commission propose six objectifs nationaux en soins de santé mentale et oriente ses 19 grandes recommandations sur l'atteinte de ces objectifs (voir l'encadré ci-après). M. Emmet a tenu à insister sur ce qui suit dans son témoignage devant notre Comité :

Les six objectifs de la transformation du système qui ont été énoncés par la commission dans son rapport final peuvent être réalisés, comme l'a expliqué le Dr Hogan, par des mesures prises aux niveaux local, étatique et fédéral. Si elle a évité à dessein d'entrer dans le détail dans ce rapport, la commission y élabore un cadre bien pensé et axé sur une vision à long terme qui permettra de s'attaquer au nœud du problème, tel qu'il avait été défini dans le rapport du directeur du Service de santé publique, à savoir que les services donnent de bons résultats mais que nous en rendons l'accès très difficile pour ceux qui en ont besoin.

Les membres de la Commission ne se font pas d'illusion; ils ne croient pas que leur rapport, malgré l'excellent accueil que lui a réservé le milieu de la santé mentale, suffira à lui seul à transformer un système fragmenté et souvent perturbé. Toutefois, certains signes tendent à montrer que le gouvernement actuel est disposé à donner suite au rapport. Le directeur du Centre des services en santé mentale du SAMHSA a été chargé de diriger l'élaboration d'une méthode de mise en oeuvre des recommandations. L'administration actuelle prévoira un crédit de 44 millions de dollars dans son projet de budget pour 2005 en vue de financer les plans de mise en oeuvre de ses recommandations dans tous les États. Bien que cet

engagement budgétaire n'aie pas encore abouti, la proposition a reçu un fort appui du milieu d'intervention communautaire en santé mentale.

La Commission espère que son diagnostic et son plan de traitement permettront de mettre à profit les nombreuses forces du système : des traitements efficaces, des cliniciens consciencieux, des intervenants passionnés et – ingrédient indispensable – l'espoir. Comme l'a indiqué M. Hogan dans une entrevue, « l'élaboration d'un bon plan de traitement est une chose nécessaire, mais cela ne suffit certainement pas à assurer le progrès et le rétablissement ».

M. Hogan avance en outre que, pour réussir, les interventions doivent être descendantes et montantes. Une direction nationale est requise pour les activités comme les campagnes de lutte contre la stigmatisation et la modification des programmes fédéraux, et les gens qui récupèrent d'une maladie mentale ont le droit de réclamer une plus grande participation à l'élaboration des plans de traitement qui les concernent. À son avis, le temps seul nous dira si les bénéficiaires de soins de santé mentale pourront s'engager conjointement face aux changements requis et si les contextes politique et économique dans lesquels nous évoluons permettront le changement, le favoriseront ou y feront obstacle.

Il convient ici de souligner que deux autres mesures sont en cours d'étude avec l'appui des deux partis. Celles-ci ont été adoptées par le Sénat et attendent de passer devant la Chambre des représentants. La première vise la prévention du suicide chez les adolescents et la prestation de conseils aux étudiants. La deuxième, le *Mentally Ill Offender Treatment and Crime Reduction Act* (loi sur le traitement et la réduction de la criminalité chez les délinquants malades mentaux) permettrait de verser des subventions destinées à stimuler tous les efforts communautaires déployés en vue d'éviter que les personnes souffrant de maladies mentales n'aient des démêlés avec le système de justice pénale.

OBJECTIFS ET RECOMMENDATIONS DE LA PRESIDENT'S NEW FREEDOM COMMISSION ON MENTAL HEALTH

OBJECTIF 1 Les Américains comprennent que la santé mentale est indispensable à la santé globale.

- Élaborer et réaliser une campagne nationale visant à réduire les stigmates associés au fait de réclamer des soins, ainsi qu'une stratégie nationale de prévention du suicide.
- Aborder la santé mentale avec le même sentiment d'urgence que dans le cas de la santé physique.

OBJECTIF 2 Les soins de santé mentale répondent au consommateur et à la famille.

- Élaborer un plan individualisé de soins pour chaque adulte souffrant d'une maladie mentale grave et chaque enfant souffrant d'un trouble émotionnel grave.
- Faire intégralement participer les consommateurs et les familles à l'orientation du système de soins de santé mentale vers le rétablissement.
- Orienter les programmes fédéraux pertinents en sorte d'améliorer l'accès aux services en santé mentale et la reddition de comptes en la matière.
- Créer un plan global de santé mentale.
- Protéger et améliorer les droits des personnes souffrant de maladies mentales.

OBJECTIF 3 Les inégalités dans les services de santé mentale sont éliminées.

- Améliorer l'accès à des soins de qualité qui tiennent compte des sensibilités culturelles.
- Améliorer l'accès à des soins de qualité dans les régions rurales et éloignées.

OBJECTIF 4 Le dépistage précoce, l'évaluation et le renvoi à des services sont monnaie courante.

- Promouvoir la santé mentale des jeunes enfants.
- Améliorer et élargir les programmes scolaires de santé mentale.
- Dépister la cooccurrence de maladies mentales et de troubles liés à la consommation de drogues et établir des liens avec des stratégies intégrées de traitement.
- Dépister les maladies mentales dans le cadre des soins de santé primaires, tout au long de la vie, et établir des liens avec le traitement et les soutiens.

OBJECTIF 5 Des soins de santé mentale d'excellente qualité sont prodigués et la recherche est intensifiée.

- Intensifier la recherche en faveur du rétablissement et de la résilience et trouver finalement un remède et des moyens de prévention.
- Favoriser des pratiques fondées sur des faits au moyen de projets de diffusion et de démonstration et créer une association publique-privée pour orienter leur réalisation.
- Améliorer et élargir les effectifs qui fournissent des services de santé mentale et un soutien fondés sur des faits.
- Développer la base de connaissances dans quatre sous-domaines étudiés : inégalités en santé mentale, effets à long terme des médications, traumatismes et soins actifs.

OBJECTIF 6 La technologie est utilisée pour donner accès aux soins de santé mentale et à l'information.

- Utiliser la technologie de la santé et la télésanté pour améliorer l'accès aux soins de santé mentale et leur coordination, spécialement pour les Américains résidant dans des régions éloignées ou au sein de populations mal desservies.
- Concevoir et réaliser des systèmes électroniques intégrés de dossiers de santé et de renseignements personnels sur la santé.

4.6 OBSERVATIONS DU COMITÉ

Le Comité estime que nous avons beaucoup à apprendre des tentatives déployées aux États-Unis pour s'attaquer aux conséquences de la fragmentation des services de soins en santé mentale qui sont répartis entre différents niveaux de compétence et plusieurs ministères. Une telle fragmentation limite l'accès aux services et entrave la capacité des fournisseurs de services à bénéficier mutuellement de ce qui est novateur et à miser sur l'excellence.

Les membres du Comité ont été très impressionnés par l'orientation générale du rapport de la President's New Freedom Commission sur la santé mentale, surtout par son intérêt à trouver des solutions axées sur les patients. Nous n'avons notamment pas manqué de

remarquer le désir de favoriser la guérison chez tous et toutes, de même que l'insistance placée sur la nécessité de faire participer les usagers à la conception et à la réalisation de régimes de soins individualisés. Le Comité prend acte des nombreux obstacles qui s'opposent à la réalisation de la vision de la Commission, obstacles dont plusieurs découlent de la fragmentation du système que la Commission a décrit dans son rapport.

Le Comité prend également note de la place prépondérante accordée à la stimulation de la recherche sur la santé mentale et la maladie mentale et à la promotion de technologies dont l'adoption permettra d'améliorer la prestation des soins et des services. Nous constatons que ces aspects sont conformes au rôle international de premier plan que jouent les chercheurs et les scientifiques américains.

Qui plus est, les membres du Comité estiment que la place prépondérante que ce rapport accorde à la prestation de services communautaires adaptés est à la fois appropriée et extrêmement importante. Dans le même ordre d'idées, l'expérience américaine nous rappelle à quel point il importe de promouvoir la collaboration entre les divers ordres de gouvernement de même qu'entre leurs différents ministères ou services.

Enfin, les membres du Comité constatent qu'une telle orientation exige une mobilisation nationale afin de mettre en œuvre le plus grand nombre de ressources possible sans perdre de vue que, pour aboutir, les réformes entreprises doivent être soutenues à tous les échelons. En évitant de proposer la solution de la « table rase », la New Freedom Commission a rejoint les conclusions auxquelles notre Comité était parvenu au sujet du secteur des soins actifs au Canada, dans son rapport d'octobre 2002 sur la santé des Canadiens.

CHAPITRE 5:
COMPARAISON DES SOINS DE SANTÉ MENTALE DANS LES QUATRE PAYS ÉTUDIÉS

5.1 INTRODUCTION

Comme nous l'avons fait remarquer dans l'introduction du présent rapport, à cause de la complexité des systèmes de soins de santé (tant pour ce qui est des modalités de paiement que des mécanismes de prestation des services) et des liens inextricables qui existent entre ces systèmes et l'histoire, les politiques et la culture de chaque pays, la transposition des mesures d'un pays à l'autre ne peut se faire simplement. Le caractère commun de la plupart des enjeux auxquels les décideurs et les praticiens sont confrontés dans le domaine des politiques de soins, partout dans le monde industrialisé, signifie toutefois qu'il y a beaucoup à gagner d'une étude attentive de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas ailleurs. Dans le présent chapitre, le Comité part de son examen de l'expérience de quatre pays pour tirer certains enseignements sur ce qui se fait au Canada en vue de réformer la prestation des soins de santé mentale et d'améliorer la santé mentale des Canadiennes et des Canadiens. La structure du présent chapitre reprend celle utilisée dans les études de pays.

5.2 HISTORIQUE ET APERÇU

Le Comité a été frappé de constater que la désinstitutionalisation a été vécue un peu de la même façon dans tous les pays examinés. Tout d'abord, ce sont presque toujours les mêmes facteurs qui ont poussé ces pays à opter pour la désinstitutionalisation :

- adoption d'une nouvelle méthode de traitement, surtout de nouveaux médicaments, accompagnée
- d'un changement d'attitudes envers la nature de la maladie mentale
- d'une conviction croissante que les traitements sont plus efficaces en milieu communautaire.

Deuxièmement, dans chaque pays étudié (tout comme au Canada), la fermeture des hôpitaux psychiatriques est intervenue plus rapidement que le déploiement de nouvelles ressources communautaires, ce qui a donné lieu à de nombreuses situations où les personnes souffrant de maladie mentale ont dû se débrouiller seules. Qui plus est, les difficultés soulevées par le manque de ressources pour passer à des soins communautaires ont souvent été compliquées par la résistance à ce transfert dans les collectivités urbaines où de vieilles attitudes ne changeaient que lentement.

Il convient, en troisième lieu, de remarquer que dans de nombreux pays étudiés la désinstitutionalisation a été un des facteurs qui a stimulé l'adoption de stratégies nationales dont l'objet était d'améliorer la prestation de services aux personnes souffrant de maladie mentale. Il y a donc lieu de se poser la question suivante : Pourquoi la désinstitutionalisation au Canada n'a-t-elle pas donné lieu aux mêmes résultats, puisque nous n'avons pas encore de

stratégie nationale en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie, contrairement à tous les autres pays du G8?

On pourrait être tenté de pointer du doigt le fédéralisme canadien parce qu'il peut-être empêché que la santé mentale ne devienne une priorité nationale. Toutefois, comme l'un des pays fédéraux étudiés (l'Australie) a entamé dès 1992 une planification nationale cohérente, le fédéralisme, en tant que tel, n'explique pas le parcours différent suivi par le Canada.

Il y aurait sans doute une explication plus valable : le fait que, le gouvernement fédéral au Canada ne prenant pas part à la prestation des services à la population en général, il n'a pas ressenti la nécessité de réagir aux profonds changements survenus dans la prestation des services sur le terrain. On pourrait tout de même se demander pourquoi, étant donné son rôle dans la prestation des services à certains groupes de la population (voir le chapitre 9 du volume 1), le gouvernement fédéral n'a pas tiré les enseignements qui s'imposaient des faiblesses que présente son propre système de prestation de services et pourquoi il ne s'est pas rendu compte que les provinces étaient confrontées à des problèmes identiques.

Enfin, il convient de remarquer qu'à cause de la tendance d'Ottawa de transférer des fonds aux provinces sans exigence de contrepartie (ce qui a abouti à la création du TCSPS au milieu des années 90), les provinces ont dû composer de leur mieux avec le contexte changeant dans lequel s'inscrivait la prestation des services de santé mentale.

5.3 COÛTS ET FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Pour ce qui est des comparaisons relatives aux coûts et au financement entre les différents pays, le Comité tient d'abord à souligner les problèmes qui se posent sur le plan de la comparabilité des données. En présentant leurs données sur les dépenses en santé mentale, les auteurs du *National Mental Health Report* (2002) (Rapport national sur la santé mentale) en Australie ont bien précisé que tous les pays ne mesurent pas les dépenses en santé mentale de la même façon et qu'il et donc extrêmement difficile d'établir des comparaisons directes. Ainsi, les auteurs de ce rapport (comme nous l'avons vu dans le chapitre sur l'Australie) font remarquer que certains pays incluent des montants qui sont spécifiquement exclus des estimations australiennes, comme les services dispensés aux alcooliques, aux toxicomanes et aux handicapés intellectuels, les soins fournis aux personnes souffrant de démence ou concernant les logements de ces dernières et les versements des prestations de sécurité du revenu aux usagers des soins de santé mentale.

Il ne semble donc généralement pas possible d'établir des lignes directrices fondées sur des pratiques exemplaires en matière de dépenses globales en santé mentale. Toutefois, il existe suffisamment de données sur les tendances que présentent ces dépenses dans le temps, dans chaque pays, pour qu'on puisse tirer certaines conclusions *a priori* relativement aux facteurs qui méritent qu'on accorde plus d'attention aux besoins de financement de la santé mentale et sur les façons de garantir la pérennité de ce financement. On peut également comparer les priorités de financement des différents pays, bien qu'il existe ici certaines variations dans la mesure où, comme il est difficile d'obtenir des données comparables d'un pays à l'autre, les conclusions qu'on peut tirer ne sont pas aussi solides.

Le lecteur se sera peut-être rendu compte que les données présentées dans le cas de l'Australie sont remarquables par leur degré de détail et par le fait qu'elles permettent des comparaisons longitudinales. Les Australiens viennent de produire leur septième rapport national sur la santé mentale qui rentre encore plus dans le détail et qui permet de comprendre mieux que pour n'importe quel autre pays étudié l'évolution dans le temps des dépenses en santé mentale. Le Comité estime que cela montre bien à quel point il importe de faire preuve de régularité dans la collecte et la diffusion des données.

Qui plus est, comme l'illustre le débat sur l'adéquation du financement de la santé mentale en Angleterre, il convient également non seulement d'examiner les augmentations en chiffres absolus du niveau de financement de la santé mentale, mais aussi de se demander si les nouveaux investissements dans ce domaine progressent au rythme de ceux effectués dans le secteur plus général des soins de santé. Ainsi, si la croissance des dépenses en santé mentale traîne de l'arrière derrière celles des dépenses globales en soins de santé, la position relative du secteur de la santé mentale est affectée, même si ce secteur reçoit davantage d'argent que dans le passé. Cette considération revêt une importance particulière dans le contexte d'un projet de réforme en profondeur ou d'une tentative visant à aligner les dépenses en santé mentale sur celles de la santé en général.

Parallèlement à cela, il y a la question du bien-fondé du ciblage des dépenses en santé mentale pour s'assurer que les fonds vont bien au traitement des maladies mentales et qu'ils ne sont pas absorbés dans les dépenses générales de la santé ou pour garantir que les transferts d'un ordre de gouvernement à un autre constituent de véritables augmentations des dépenses en santé mentale qui ne sont pas ensuite amputées par la disparition de services offerts jusque-là, même si de nouveaux sont ajoutés. À cet égard, l'expérience australienne est chargée d'enseignement. Comme des témoins l'ont indiqué au Comité, les fonds fédéraux supplémentaires ont d'abord été ciblés, mais comme ce financement a été de plus en plus apprécié par les différents ordres de gouvernement au fil du temps, il a fallu adopter des mesures particulières pour protéger les ressources en santé mentale qui n'étaient plus nécessaires.

Les membres du Comité ont tout de même trouvé remarquable que, dans les trois ou quatre pays examinés, l'adoption de stratégies nationales en matière de santé mentale s'est accompagnée d'une augmentation du niveau de financement des services et des activités dans le domaine. Comme les témoins l'ont indiqué, des documents qui informent sur les besoins du secteur de la santé mentale peuvent être de puissants instruments de pression politique sur les gouvernements afin de les amener à augmenter les ressources nécessaires. Qui plus est, il faut pouvoir s'appuyer sur des repères et des objectifs clairs afin de contrôler la mise en œuvre d'une stratégie nationale et de s'assurer que les engagements financiers seront respectés dans le temps. D'après les témoignages et les documents que nous avons recueillis, la formulation et l'application d'une stratégie nationale en matière de santé mentale ne peuvent aboutir que si elle s'accompagne d'une affectation suffisante des ressources.

Le Comité prend également note des importants efforts déployés dans certains pays pour décentraliser les décisions de financement et pour les aligner davantage sur les besoins des collectivités dans lesquelles les gens vivent et utilisent les services. L'expérience anglaise, qui a consisté à confier la responsabilité de « commander » les services de santé mentale aux groupes de soins primaires, peut être un point de référence utile pour toute tentative visant à

confier davantage la maîtrise du financement à la base et à mieux adapter le financement aux priorités locales. D'un autre côté, les témoignages et la documentation nous indiquent aussi que ce transfert de responsabilité est une tâche complexe et que la décentralisation de la prise de décision doit être accompagnée d'une répartition plus générale des compétences pour favoriser l'administration des budgets supplémentaires.

Les mesures destinées à contrôler l'augmentation des coûts sont également importantes, surtout dans le cas des produits pharmaceutiques dont la hausse des prix est une préoccupation constante. Au Canada, il faudra apporter une attention toute particulière à cette question étant donné les écarts importants qui existent chez nous entre les différents régimes provinciaux d'assurance-médicament. Enfin, l'expérience américaine dans le cas des soins gérés est tout aussi intéressante, parce qu'elle vise à réaliser un équilibre entre les efforts déployés pour contenir les coûts et la garantie d'un accès aux services et aux thérapies nécessaires.

5.4 PRESTATION ET ORGANISATION DES SERVICES

Nous avons vu qu'en matière de prestation de services en santé mentale, il fallait commencer par reconnaître que tous les pays étudiés sont passés d'un régime de soins essentiellement institutionnel à un régime de soins de type communautaire. Cette transition a soulevé des préoccupations quant à l'adéquation des ressources disponibles à l'échelon communautaire pour faire face à la demande. On s'est aperçu également qu'il fallait coordonner et intégrer la prestation des services pour parvenir à abatte les nombreuses cloisons existantes et faire en sorte que chacun ait accès aux services dont il a besoin, peu importe quel ministère ou organisme ministériel (ou organisme non gouvernemental) est responsable de la prestation des soins.

La Mental Health Commission (Commission de la santé mentale) en Nouvelle-Zélande et le National Institute for Mental Health (ou NIMHE) en Angleterre sont les deux institutions qui se distinguent pour avoir facilité ce genre de transition. Le Comité a pris plus particulièrement note du fait que la commission néo-zélandaise a joué un rôle important, tant pour instaurer des normes de service que pour contrôler la mise en œuvre de la planification en santé mentale, tandis que l'institution britannique a joué un rôle déterminant dans l'application et la diffusion des pratiques exemplaires. Il convient, ici, de remarquer que les deux pays se sont fixé des normes et des objectifs élevés et précis (le *Blueprint* en Nouvelle-Zélande et le Cadre national de service en santé mentale en Angleterre) dans le contexte de leurs stratégies respectives.

L'accent placé sur l'individualisation des régimes de soins en Nouvelle-Zélande, aux États-Unis et en Angleterre est un autre aspect digne de mention. L'importance croissante accordée à la capacité des personnes souffrant d'une maladie mentale de se rétablir, de même qu'à la nécessité pour les praticiens d'élaborer des plans personnalisés, axés sur les clients (et contrôlés) a un effet marqué sur l'approche retenue dans la prestation des services communautaires en santé mentale.

On pourrait donc conclure, comme l'a fait Michael Hogan des États-Unis, que pour compenser l'éclatement survenu dans la prestation des services, il faudra que les

interventions soient descendantes et montantes. Il est possible, pour administrer la pléthore d'agences et d'organismes gouvernementaux prenant part à la prestation des services, de faire appel à des organismes extérieurs, indépendants, en mesure d'adopter un point de vue d'ensemble sur le fonctionnement du gouvernement. D'un autre côté, la personnalisation des régimes de soins et la coordination de la prestation des services pourraient aider ceux et celles qui ont besoin de ce genre de service à s'en prévaloir à la demande.

Dans tous les pays examinés, les médecins et les autres fournisseurs de soins primaires assument la plupart des responsabilités du gros des clients des services de soins de santé mentale. D'un autre côté, les personnes souffrant d'une maladie mentale grave et persistante continuent de dépendre de l'accès à des services de santé mentale plus spécialisés. Cette situation a été un problème dans tous les pays étudiés. Tout d'abord, il est inquiétant de constater que les systèmes de rémunération à l'acte ne permettent pas de dédommager suffisamment les médecins de famille pour qu'ils traitent les maladies mentales ou donnent des conseils dans ce domaine. Deuxièmement, il y a le problème soulevé par le fait que les médecins de famille n'ont pas accès à suffisamment de ressources pour pouvoir véritablement composer avec l'ampleur de la demande en matière de soins de santé mentale. Enfin, le défaut de coordination entre les soins primaires et les soins secondaires est un problème régulièrement soulevé, problème qui souligne l'importance primordiale d'offrir des soins intégrés et efficaces.

En dépit – ou devrait-on peut-être dire plutôt, à cause – du basculement à la faveur des soins et des services communautaires, les inégalités d'accès persistent sur plusieurs plans. Nombre de pays ont constaté que les résidents des régions rurales ont accès à beaucoup moins de services que ceux des régions urbaines.

Par ailleurs, presque tout le monde s'entend pour dire que les services qui sont censés s'adresser spécifiquement aux minorités ne sont pas vraiment adaptés à leurs besoins. Il faut que ces services soient adaptés sur le plan culturel afin de les rendre accessibles à ces minorités, comme c'est le cas pour la majorité. Plusieurs pays ont déterminé que la formation de professionnels de la santé appartenant à des groupes minoritaires, surtout aux communautés autochtones ou aborigènes, était une façon d'améliorer la pertinence culturelle des services de santé mentale.

Cela nous amène au dernier aspect que le Comité tient à mentionner, c'est-à-dire la pénurie de ressources humaines constatée dans tous les pays étudiés, pénurie qui touche presque tous les fournisseurs de services de santé mentale. Le phénomène a été constaté même dans des pays comme l'Australie et la Nouvelle-Zélande où l'augmentation des budgets de la santé mentale a donné lieu à un accroissement de l'offre par certains groupes de fournisseurs. Sur une note plus positive, les membres du Comité ont été impressionnés par les tentatives déployées en vue de décerner et de reconnaître officiellement le titre de travailleur communautaire en santé mentale en tant que moyen d'augmenter les ressources humaines.

5.5 PROMOTION ET PRÉVENTION

La situation constatée dans quatre pays semble appuyer les enseignements tirés dans un récent rapport britannique (juin 2004), sur la santé mentale et l'exclusion sociale. Ce rapport

conclut que des campagnes non coordonnées de durée limitée ne donnent pas lieu à des changements notoires dans les attitudes qui sont source de stigmatisation, et il précise que pour combattre la stigmatisation et la discrimination, un engagement budgétaire à long terme est nécessaire. D'un autre côté, d'après les témoins que nous avons entendus et les documents que nous avons examinés au sujet de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, force est de constater que ces deux pays sont parvenus à modifier de façon visible les attitudes et les comportements grâce à des campagnes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination qui durent depuis plusieurs années.

Il faut se garder de sauter aux conclusions à partir de ces constats, mais nous avons toutes les raisons de croire que, si nous voulons que les campagnes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination produisent un maximum d'effet, il faudra y consacrer un financement et une planification à long terme prolongée par une évaluation suivie. Qui plus est, il semble que ce genre de campagne soit particulièrement efficace quand on peut l'adapter à toute une diversité de situations en sorte qu'elle puisse être reprise par différents pays.

Ainsi, pour le lancement de leur campagne « Like Minds, Like Mine », les Néo-Zélandais ont fait appel à une figure emblématique native du pays, avant de mettre ensuite l'accent sur des gens ordinaires et sur leurs familles. En outre, quand les Néo-zélandais ont constaté certains progrès du côté des attitudes stigmatisantes, ils ont décidé de mettre davantage l'accent sur la lutte contre la discrimination. L'expérience australienne, quant à elle, nous a enseigné les bienfaits de campagnes menées simultanément aux échelons national, régional et local de même que la nécessité de cibler la stigmatisation sur certaines maladies selon des thèmes assez larges.

Aux États-Unis, la stratégie nationale de prévention du suicide fait fond sur l'exploitation des ressources nationales afin de donner un exemple que les États et administrations locales peuvent reprendre et pour les inciter à adapter les modèles nationaux à leurs besoins propres. Dans la même veine, l'expérience de plusieurs pays souligne l'importance qu'il y a de pouvoir compter sur un organisme apte à être le point de convergence des efforts déployés à l'échelle nationale pour combattre la stigmatisation et la discrimination et à assurer la coordination de ces efforts à l'échelon national.

Nous avons conclu de notre examen de la situation internationale qu'il y a tout à gagner à voir ce que donne ce genre d'effort et à bâtir les campagnes à partir des constats posés. Autrement dit, il convient de tenir de vastes consultations, dès le début, auprès des divers ordres de gouvernement, des fournisseurs, des ONG ainsi que des utilisateurs des services de santé mentale et leurs familles. En outre, nous avons constaté les bienfaits de faire témoigner les personnes souffrant de troubles mentaux afin de combattre la stigmatisation et de collaborer avec les médias pour essayer d'éliminer les stéréotypes négatifs et de les remplacer par des récits plus positifs de personnes souffrant de maladie mentale.

Enfin, le Comité a trouvé que la nouvelle campagne anglaise proposée dans le rapport sur la santé mentale et l'exclusion est très complète, et il désire profiter de l'occasion pour en rappeler les principaux axes. Cette campagne :

- ciblera des auditoires clés, surtout les employeurs, les jeunes et les médias;

- proposera des messages cohérents et éprouvés, sous une seule et même bannière;
- fera la promotion de la contribution que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale peuvent apporter à la société;
- sera assurée par un financement suivi;
- traitera des questions d'ethnicité et de problématique hommes-femmes;
- proposera un cadre et des documents d'appui au travail local par l'accent placé sur les questions particulières auxquelles sont confrontées les communautés démunies;
- sera clairement évaluée à la faveur de sondages réguliers.

5.6 PERSPECTIVES DE RÉFORME

À partir de cette étude de quatre pays, il est apparu clairement aux membres du Comité que toute stratégie de réforme doit être soigneusement adaptée à la situation particulière de chaque pays. Il faut non seulement évaluer soigneusement l'état des services et des soins de santé mentale afin d'établir des priorités d'action, mais il faut aussi tenir compte des réalités complexes du système politique et des valeurs sociales de chaque pays pour formuler un plan de réforme.

À ce sujet, nous pensons qu'il risque d'être difficile d'adapter au contexte fédéraliste canadien des stratégies de réforme conçues et mises en œuvre dans des pays dotés de formes de gouvernement unitaire puisque, chez nous, la prestation des services de soins de santé au grand public demeure une responsabilité constitutionnelle relevant des provinces. Quoi qu'il en soit, les objectifs et les normes précises et détaillées qui ont été la marque des programmes de réforme en Angleterre et en Nouvelle-Zélande (deux États unitaires) sont d'excellentes références. Qui plus est, le système de soins de santé d'un pays, qu'il s'agisse d'un État unitaire ou d'un État fédéral, comporte de multiples paliers et les tentatives régulières visant à coordonner la réforme de la santé mentale entre ces différents paliers sont une autre indication de l'importance qu'il y a d'agir à tous les niveaux.

Le Comité a également constaté que tous les pays étudiés ont eu intérêt à entreprendre une planification intégrée à long terme afin d'améliorer l'état de la santé mentale et de la prestation des services de soins en santé mentale. Ce n'est qu'ainsi que l'on peut parvenir à s'appuyer sur chaque strate précédente de la réforme et donc à augmenter considérablement les chances d'adapter cette réforme aux circonstances changeantes.

Enfin, la complexité et l'éventail des services entrant en jeu dans la promotion de la santé mentale et dans la réponse aux besoins des personnes qui souffrent d'une maladie mentale permettent de penser qu'une réforme du type « table rase » ne peut qu'être vouée à l'échec. En outre, la réforme doit consister à régler les problèmes par le haut et par le bas.

5.7 OBSERVATIONS DU COMITÉ

Le Comité a retenu un certain nombre de tendances des grandes orientations adoptées dans les stratégies de santé mentale des quatre pays étudiés :

- tendance à miser sur le rétablissement. Il s'agit ici d'une vision propre au raisonnement appliqué en santé mentale où l'on envisage le rétablissement comme un processus d'adaptation positive à la maladie et à l'incapacité pour que les personnes souffrant d'une maladie mentale puissent vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et contribuer à la société malgré les limitations que leur impose la maladie;
- une insistante croissante sur les plans individualisés de traitement et de soins (surtout pour les personnes souffrant de maladie mentale grave), de même que la reconnaissance du fait qu'il faut inciter les membres de la famille et les patients eux-mêmes à participer à la planification des traitements;
- la réaffirmation de la nécessité d'offrir des services au sein de la collectivité et l'importance accrue accordée au contrôle suivi de la prestation de services et de l'effort mis pour les intégrer, dans la mesure du possible (pour que l'on puisse s'affranchir des limitations caractéristiques d'une prestation de service « cloisonnée »;
- l'importance de mettre à disposition des ressources nationales pour promouvoir la santé mentale, surtout dans le cas des campagnes contre la stigmatisation et la lutte contre la discrimination;
- la nécessité d'éliminer les disparités dans la limite des services offerts, que ces disparités soient dues au fait que les services ne tiennent pas compte des différences culturelles ou qu'ils ne soient pas offerts dans certaines régions rurales du pays.

Le facteur qui semble unir tous ces éléments est l'insistance accrue que l'on place sur l'organisation des services en vue de mieux répondre aux besoins des patients ou des utilisateurs du service, formule à laquelle le Comité adhère pleinement et qui rappelle, d'ailleurs, l'approche axée sur le patient que le Comité avait recommandée pour le secteur des soins actifs. Pour réaliser les objectifs qui se dégagent de notre étude des quatre pays en question, il nous faudra fixer des buts atteignables auxquels tout le milieu de la santé mentale devra adhérer et établir des critères mesurables afin de contrôler en permanence le travail de réforme. Il semble, d'un autre côté, qu'une stratégie nationale d'amélioration de la santé mentale et du traitement de la maladie mentale doive notamment s'appuyer sur les piliers suivants : planification détaillée concernant les ressources humaines dans le domaine de la santé mentale et financement suffisant pour la recherche et pour la diffusion du savoir.

ANNEXE A:
LISTE DES TÉMOINS AYANT COMPARUS DEVANT LE COMITÉ TROISIÈME SESSION DE LA 37E LÉGISLATURE (2 FÉVRIER AU 23 MAI 2004)

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
À titre personnel	David Loise Murray Ronald	26 février 2003	9
	J. Michael Grass, président sortant, Groupe de mise en oeuvre en santé mentale du district de Champlain	5 juin 2003	17
	Nancy Hall, conseillère en santé mentale	8 mai 2003	16
	Thomas S ephens, expert-conseil	20 mars 2003	11
Académie canadienne d'épidémiologie psychiatrique	Dr Alain Lesage, président sortant	19 mars 2003	11
Académie canadienne de psychiatrie et de droit	Dre Dominique Bourget, présidente	5 juin 2003	17
Association canadienne de la santé mentale de l'Ontario	Patti Bregman, directrice des programmes	12 juin 2003	18
Association des infirmières et infirmiers psychiatriques du Canada	Margaret Synyshyn, présidente	29 mai 2003	16
Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario	Dr Simon Davidson, Chef, Section de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	1er mai 2003	13
Centre hospitalier universitaire Mère-enfant Sainte-Justine	Dre Joanne Renaud, pédopsychiatre; chercheuse boursière, Instituts de recherche en santé au Canada	30 avril 2003	13

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Centre de toxicomanie et de santé mentale	Jennifer Chambers, coordonnatrice du Conseil d'habitation	14 mai 2003	15
	Rena Scheffer, directrice, Services d'informations et d'éducation du public	28 mai 2003	16
CN Centre for Occupational Health and Safety	Kevin Kelloway, directeur	12 juin 2003	18
Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées	Dr David K. Conn, coprésident; president, Académie canadienne de psychiatrie gériatrique	4 juin 2003	17
Colombie-Britannique, Province de la	Patrick Storey, président, Conseil consultative du minister sur la santé mentale	14 mai 2003	15
	Heather Stuart, professeure agrégée, Santé communautaire et épidémiologie		
Global Business and Economic, Roundtable and Addiction and Mental Health	Rod Phillips, président et directeur général, Les Consultants Warren Sheppell	12 juin 2003	18
Hamilton Health Sciences Centre	Venera Bruto, psychologue	4 juin 2003	17
Hôpital Douglas	Eric Latimer, économiste de la santé	6 mai 2003	14
	Dr James Farquhar, psychiatre		
	Dre Mimi Israël, chef, Département de psychiatrie; professeure agrégée, Université McGill		
	Myra Piat, chercheuse		

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Hôpital Douglas	Amparo Garcia, chef clinico-administratif, Division des Services ultraspécialisés pour adultes	6 mai 2003	14
	Manon Desjardins, chef clinico-administratif, Division des Services sectorisés pour adultes		
	Jacques Hendlisz, directeur général		
	Robyne Kershaw-Bellmare, directrice des soins infirmiers		
Hôpital Louis-H. Lafontaine	Jean-Jacques Leclerc, directeur, Services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté	6 mai 2003	14
	Dr Pierre Lalonde, directeur, Clinique des jeunes adultes		
Hôpital St. Michaels	Dr Paul Links, titulaire de la chaire Arthur Sommer Rothenberg d'études sur le suicide	19 mars 2003	11
Institut canadien d'information sur la santé	Dr John S. Millar, vice-président, Recherche et analyse	20 mars 2003	11
	Carolyn Pullen, expert conseil		
	John Roch, gestionnaire principale, Protection de la vie privée, Secrétariat de la protection de la vie privée		

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Instituts de recherche en santé du Canada	Dr Rémi Quirion, directeur scientifique, Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies	6 mai 2003	14
	Bronwyn Shoush, commissaire, Institut de la santé des Autochtones	28 mai 2003	16
	Jean-Yves Savoie, président, Conseil consultatif, Institut de la santé publique et des populations	12 juin 2003	18
Santé Canada	Tom Lips, conseiller principal, Santé mentale, Division de la santé des collectivités, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique	19 mars 2003	11
	Pam Assad, directrice déléguée, Division de l'enfance et de l'adolescence, Centre de développement de la santé humaine, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique	30 avril 2003	13
Société Alzheimer du Canada	Steve Rudin, directeur exécutif	4 juin 2003	7
Société canadienne de pédiatrie	Dre Diane Sacks, présidente élue	1er mai 2003	13
	Marie-Adèle Davis, directrice exécutive		
Statistique Canada	Lorna Bailie, directrice adjointe, Division des statistiques sur la santé	20 mars 2003	11
St.Joseph's Health Care London	Maggie Gibson, psychologue	4 juin 2003	17

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Université de Calgary	Dr Donald Addington, professeur et chef, Département de psychiatrie	29 mai 2003	16
Université de la Colombie-Britannique *(par vidéoconférence)*	Dre Charlotte Waddell, professeur adjointe, Unité d'évaluation de la santé mentale et des consultations communautaires, Département de psychiatrie, Faculté de médecine	1er mai 2003	13
Université Laval	Dr Michel Maziade, directeur, Département de spychiatrie, Faculté de médecine	6 mai 2003	14
Université du Manitoba	John Arnett, chef, Département de santé psychologique clinique, Faculté de médecine	28 mai 2003	16
	Robert McIlwraith, professeur et directeur, Programme de psychologie en milieu rural et nordique	29 mai 2003	
Université McGill	Dr Howard Steiger, professeur, Départment de psychiatrie; directeur, Clinique des troubles alimentaires, Hôpital Douglas	1er mai 2003	13
Université de Montréal	Laurent Mottron, chercheur, Département de psychiatrie, Faculté de médecine	6 mai 2003	14

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Université de Montréal	Dr Richard Tremblay, titulaire, chaire de recherche du Canada sur le développement des enfants, professeur de pédiatrie, psychiatrie et psychologie, directeur, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants	6 mai 2003	14
	Dr Jean Wilkins, professeur titulaire et pédiatre, Département de pédiatrie, Faculté de médecine		
	Dre Renée Roy, professeure adjointe de clinique, Département de psychiatrie, Faculté de médecine		
Université d'Ottawa	Tim D. Aubry, professeur associé; co-directeur , Centre de recherché sur les services communautaires	5 juin 2003	17
	Dr Jeffrey Turnbull, directeur, Département de médecine, Faculté de médecine		
Université du Québec à Montréal	Henri Dorvil, professeur, École de travail social	6 mai 2003	14
	Dr Michel Tousignant, professeur et chercheur, Centre de recherche et intervention sur le suicide et l'euthanasie		
Université Queen's	Dr Julio Arboleda-Florèz, professeur et chef du Département de psychiatrie	20 mars 2003	11

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Université de Toronto	Dr Joe Beitchman, professeur et directeur, Division de la psychiatrie de l'enfant; psychiatre en chef, Hospital for Sick Children	30 avril 2003	13
Université de Toronto	Dr David Marsh, directeur des services cliniques, Médecine des toxicomanies, Centre de toxicomanie et de santé mentale	29 mai 2003	16

ANNEXE B:
LISTE DES TÉMOINS AYANT COMPARUS DEVANT LE COMITÉ DEUXIÈME SESSION DE LA 37E LÉGISLATURE (30 SEPTEMBRE 2002 – 12 NOVEMBRE 2003)

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
À titre personnel	Charles Bosdet Pat Caponi Don Chapman,	29 avril 2004	7
Alberta Mental Health Board	Ray Block, directeur général	28 avril 2004	7
	Sandra Harrison, directrice exécutive, Planification, défense des droits et liaison		
Alliance de la Fonction publique du Canada	John Gordon, vice-président executive national	1er avril 2004	5
	James Infantino, agent des pensions et assurances d'invalidité		
Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux	Stephen Arbuckle, membre, Groupe d'intérêt lié à la santé	31 mars 2004	5
Association canadienne des troubles anxieux	Peter McLean, vice-président	12 mai 2004	9
Association canadienne pour la santé mentale	Penny Marrett, chef de la direction	12 mai 2004	9
Association des infirmières et infirmiers du Canada, la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale et l'Association des infirmières et infirmiers psychiatriques du Canada	Nancy Panagabko, présidente, Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale	31 mars 2004	5
	Annette Osten, membre du Conseil d'administration, Association des infirmières et infirmiers du Canada		
Association médicale canadienne	Dre Gail Beck, secrétaire générale adjointe intérimaire	31 mars 2004	5
	Dr Sunil Patel, président		

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Association des psychiatres du Canada	Dr Blake Woodside, président du Conseil d'administration	31 mars 2004	5
Australie, Gouvernement d' *(par vidéoconférence)*	Dermot Casey, secrétaire adjoint, Direction des priorités sanitaires et de la prévention du suicide, ministère de la Santé et de la Vieillesse	20 avril 2004	6
	Jenny Hefford, secrétaire adjointe, Direction de la stratégie contre la drogue, ministère de la Santé et de la Vieillesse		
Bureau du Conseil Privé	Ron Wall, directeur des relations parlementaires, Planification de la législation et des travaux de la Chambre/avocat	1er avril 2004	5
	Ginette Bougie, directrice, Rémunération et classification		
Centre for Suicide Prevention	Diane Yackel, directrice exécutive	21 avril 2004	6
Centre de toxicomanie et de santé mentale	Christine Bois, gestionnaire des priorités provinciales en matière de troubles concourants	5 mai 2004	8
	Wayne Skinner, directeur clinique, Programme de troubles concourants		
	Brian Rush, chercheur, Politique de prévention sociale et de santé		
Chambre des communes	L'honorable Jacques Saada, C.P., député, leader du gouvernement à la Chambre des communes et ministre responsable de la Réforme démocratique	1er avril 2004	5

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Citoyenneté et de l'Immigration, Ministère de la	Patricia Birkett, directrice générale par intérim, Direction générale de l'intégration	22 avril 2004	6
Cognos	Marilyn Smith-grant, spécialiste en ressources humaines	1er avril 2004	5
	Sean Reid, gestionnaire principal, Communication corporatives		
Fédération canadienne des contribuables	Bruce Winchester, directeur de recherche	22 avril 2004	6
Fédération des programmes communautaires de la santé mentale et du traitement des toxicomanies de l'Ontario	David Kelly, directeur exécutif	5 mai 2004	8
Hôpital Douglas	Dr Gustavo Turecki, directeur, Groupe McGill d'études sur le suicide, Université MGill	21 avril 2004	6
Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies	Richard Brière, directeur adjoint	21 avril 2004	6
Justice, Ministère de la	Manon Lefebvre, conseillère juridique	22 avril 2004	6
Mercer consultation en resources humaines	Bernard Potvin, conseiller principal	22 avril 2004	6
Native Mental Health Association of Canada	Brenda M. Restoule, psychologue et représentante du conseil de l'Ontario	13 mai 2004	9
Nouvelle –Zélande, Gouvernement de la *(par vidéoconférence)*	Janice Wilson, directrice générale adjointe, Direction générale de la santé mentale, ministère de la Santé	5 mai 2004	8

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Nouvelle –Zélande, Gouvernement de la *(par vidéoconférence)*	David Chaplow, directeur et conseiller principal en santé mentale	5 mai 2004	8
	Arawhetu Peretini, gestionnaire, Santé mentale des Maoris		
	Phillipa Gaines, gestionnaire, Développement des systèmes de santé mentale		
Ontario Hospital Association	Dr Paul Garfinkel, président, Groupe de travail sur la santé mentale	31 mars 2004	5
Ressources humaines et Développement des compétences Canada	Bill Cameron, directeur général, Secrétariat national pour les sans-abri	29 avril 2004	7
	Marie-Chantal Girard, gestionnaire de la recherche stratégique, Secrétariat national pour les sans-abri		
Royaume-Uni, Gouvernement du *(par vidéoconférence)*	Anne Richardson, chef de la Direction des politiques en santé mentale, ministère de la Santé	6 mai 2004	8
	Adrian Sieff, chef de la Direction de la législation en matière de santé mentale		
Santé, Ministère de la de la Nouvelle Écosse	Dr James Millar, directeur exécutif, Santé mentale et services aux médecins	28 avril 2004	7
Secrétariat du Conseil du Trésor	Joan Arnold, directrice, Élaboration de la législation, Division des pensions	1er avril 2004	5
Service correctionnel du Canada	Larry Motiuk, directeur général, Recherches	29 avril 2004	7
	Françoise Bouchard, directrice générale, Services de santé		

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Services de santé de la Colombie-Britannique, Ministère des	Irene Clarkson, directrice exécutive, Santé mentale et toxicomanie	28 avril 2004	7
Six Nations Mental Health Services	Dre Cornelia Wieman, psychiatre	13 mai 2004	9
Société canadienne de psychologie	John Service, directeur exécutif	31 mars 2004	5
Société canadienne de schizophrénie	John Gray, président élu	12 mai 2004	9
Société pour les troubles de l'humeur du Canada	Phil Upshall, président	12 mai 2004	9
Université McGill *(par vidéoconférence)*	Dr Laurence Kirmayer, directeur, Division de la psychiatrie sociale et transculturelle, Département de psychiatrie	13 mai 2004	9
Université Simon Fraser *(par vidéoconférence)*	Margaret Jackson, directrice, Institut d'études en politiques de justice pénale	29 avril 2004	7
U.S. Campaign for Mental Health Reform	William Emmet, coordonnateur	1er avril 2004	
U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health *(par vidéoconférence)*	Michael Hogan, président	1er avril 2004	5

ANNEXE C:
LISTE DES INDIVIDUS QUI ONT RÉPONDU À UNE LETTRE DU COMITÉ AU SUJET DES PRIORITÉS POUR LA RÉFORME DANS LE SECTEUR DE LA MALADIE MENTALE

GROUPE CANADIEN DE RECHERCHE

Action cancer Manitoba	Harvey Max Chochinov, MD, PhD, MCRMC, titulaire d'une chaire de recherche du Canada en soins palliatifs, directeur de la Manitoba Palliative Care Research Unit d'Action cancer Manitoba
Hôpital Douglas, Centre de recherche de l'	Ashok Mall, MD, MCRMC, titulaire d'une chaire de recherche du Canada pour l'étude des premiers stades de la psychose, professeur en psychiatrie à l'Université McGill
Université Carleton	Dr Hymie Anisman, titulaire d'une chaire de recherche du Canada en neuroscience, chercheur supérieur attaché à la Fondation ontarienne de santé mentale
Université de l'Alberta	Glen B. Baker, PhD, DSc, professeur et titulaire d'une chaire de recherche du Canada en neurochimie et en développement de médicaments
Université du Manitoba, Faculté de médecine de l'	Brian J. Cox, docteur en psychiatrie, titulaire d'une chaire de recherche du Canada sur les troubles de l'humeur et sur les troubles anxieux, professeur agrégé de psychiatrie
Université McGill	Eric Fombonne, MD, MCRMC (Psych.), titulaire d'une chaire de recherche du Canada en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, professeur de psychiatrie à l'Université McGill, directeur du Département de pédopsychiatrie de l'Hôpital pour enfants de Montréal

DOYEN D'UNIVERSITÉ

Centre universitaire de santé McGill	Joel Paris, MD, professeur titulaire et directeur du Département de psychiatrie
Hôpital général de Kingston	Samuel K. Ludwin, MBB, Ch., MCRMC, vice-président du développement à la recherche
Université de l'Alberta	Dr L. Beauchamp, doyen de la Faculté d'éducation
Université de l'Ouest de l'Ontario	Dr Carol P. Herbert, doyen de la Faculté de médecine et d'art dentaire
Université de Sherbrooke	Pierre Labossière, ing., PhD, vice-recteur adjoint à la recherche

GROUPE RELATIF À LA MALADIE

CRSNG	Thomas A. Brzustowski, président
La Fondation ontarienne de la santé mentale	Howard Cappell, PhD, c. psych., directeur exécutif
Société canadienne de schizcphrénie	Fred Dawe, président

INDUSTRIE

Eli Lilly Canada Inc.	Terry McCool, vice-président des Affaires générales de la société
GlaxoSmith Kline	Geoffrey Mitchinson, vice-président des Affaires publiques
Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada	Murray J. Elston, président
Merck Frosst Canada Ltée	André Marcheterre, président
Roche Pharmaceutiques	Ronnie Miller, président-directeur général

GROUPE D'ÉTHIQUE EN SANTÉ MENTALE

Armée du Salut - Territoire du Canada et des Bermudes	Glen Shepherd, colonel et secrétaire en chef
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas de l'Université McGill	Maurice Dongier, professeur en psychiatrie
Centre de toxicomanie et de santé mentale	Paul E. Garfinkel, MD, FRCP, président-directeur général
Hôpital St-Paul	Mark Miller, éthicien
Office régional de la santé de Winnipeg	Linda Hughes, présidente du Comité d'éthique en santé mentale de l'ORSW
St-Joseph's Health Care Centre du Parkwood Hospital de London	Maggie Gibson, PhD, psychologue du Programme des soins aux anciens combattants
Université de l'Alberta	Genevieve Gray, doyenne et professeure de la Faculté en soins infirmiers
Université de l'Alberta, Faculté des sciences infirmières et Centre John Dossetor d'éthique en santé de l'	Wendy Austin, inf. aut., titulaire d'une chaire de recherche du Canada
Université de la Colombie-Britannique	Peter D. McLean, PhD, professeur et directeur de l'Unité des troubles anxieux
Université de l'Ouest de l'Ontario	Nancy Feduk, adjointe exécutive au doyen de la Faculté de médecine et d'art dentaire
Université Queen's	J. Arboleda-Florèz, professeur et chef du Département de psychiatrie
Université York	David Shugarman, directeur

PRÉSIDENT D'UNIVERSITÉ

Institut de recherches en santé mentale de l'Université d'Ottawa	Zul Merali, PhD, président-directeur général
Université de Lethbridge	Lynn Basford, doyenne de la Faculté en sciences de la santé
Université McGill	Heather Munroe-Blum, professeure d'épidémiologie et de biostatistiques

RESPONSABILITÉ GOUVERNEMENTALE

Association canadienne de la santé mentale	Bonnie Pape, directrice des programmes et de la recherche au Bureau national de l'Association canadienne de la santé mentale
Cabinet du vice-recteur à la recherche de l'Université d'Ottawa	Yvonne Lefebvre, PhD, vice-présidente associée à la recherche
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas	Rémi Quirion, directeur scientifiques de l'INSMT
Centre universitaire de santé McGill	Juan C. Negrete, MD, MCRMC, professeur de psychiatrie à l'Université McGill, président de la Section des toxicomanies, de l'Association des psychiatres du Canada
Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées	David K. Conn, MB, MCRMC, coprésident de l'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique, professeur agrégé du Département de psychiatrie de l'Université de Toronto, président de l'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique
Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées	J. Kenneth Le Clair, MD, MCRMC, coprésident de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, professeur et directeur de l'Unité de gériatrie du Département de psychiatrie de l'Université Queen's, directeur clinique du Programme spécialisé de psychiatrie gériatrique
Développement des ressources humaines Canada	Deborah Tunis, directrice générale du Bureau de la condition des personnes handicapées

The Family Council : Empowering Families in Addictions and Mental Health	Betty Miller, coordonnatrice du Family Council
Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health, affiliée au Centre de toxicomanie et de santé mentale	Bill Wilkerson, cofondateur et directeur général
Hôpital d'Ottawa	Paul Roy, MD, MCRMC, professeur adjoint en psychiatrie à l'Université d'Ottawa, directeur du programme « Premier épisode pour les maladies psychotiques » d'Ottawa
Hôpital royal d'Ottawa	J. Paul Fedoroff, MD, professeur agrégé de psychiatrie à l'Université d'Ottawa, directeur de recherche au Service médico-légal de l'Institut de recherche en santé mentale
Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas	Michel Perreault, PhD, chercheur à l'Hôpital Douglas
Instituts de recherche en santé du Canada	Dr. Jeff Reading, PhD, directeur scientifique de l'Institut de la santé des Autochtones
Ministère de la Santé et du Mieux-Être du Nouveau-Brunswick	Ken Ross, sous-ministre adjoint
ONSA : Organisation nationale de la santé autochtone	Judith G. Bartlett, MD, CMFC
Six Nations Mental Health Services	Cornelia Wieman, MD, MCRMC, psychiatre
Sunnybrook & Women's College Health Sciences Centre de l'Université de Toronto	N. Herrmann, médecin, MCRMC
Syncrude	Eric P. Newell, président-directeur général
Unité de l'évaluation de la santé mentale et des consultations communautaires du Département de psychiatrie de l'Université de la Colombie-Bri nnique	Elliot Goldner, MD, MScS, MCRMC, chef de la Division de la politique et des services de santé mentale

Université Dalhousie, Département de psychologie de l'	Patrick J. McGrath, OC, PhD, MSRC, titulaire de la chaire Killam de psychologie, professeur de pédiatrie et de psychiatrie, titulaire d'une chaire de recherche du Canada, psychologue au IWK Hospital
Université Dalhousie, Faculté de médecine de l'	David Zitner, PhD, directeur en informatique médicale
Université d'Ottawa, École de psychologie de l'	John Hunsley, PhD, c. psych., professeur en psychologie
Université d'Ottawa, Faculté de médecine de	Jacques Bradwejn, MD MCRMC, DABPN, président du Département de psychiatrie
Université McMaster	Docteur Richard P. Swinson, MD, MCRMC, titulaire de la chaire Morgan Firestone de psychiatrie et de neurosciences du comportement à l'Université McMaster, chef du Département de psychiatrie du St. Joseph's Healthcare Centre